Université Sétif2

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة فرحات عباس- سطيف-

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة

لنيل شهادة الماجستير في علم الإجتماع

تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة
دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس بسطيف

تخصص ديمغرافيا حضرية

من إعداد الطالبة:
دودو نعيمة

تحت إشراف الدكتور:
حفاظ الطاهر

بتاريخ:................................ أمام اللجنة المتكونة من:

عيشور نادية	أستاذة محاضرة بجامعة سطيف	رئيسا
حفاظ الطاهر	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	مشرفا ومقررا
حروش رابح	أستاذ محاضر بجامعة باتنة	عضوا مناقشا
بلخيري كمال	أستاذ محاضر بجامعة سطيف	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2010 -2011

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرس الموضوعات

الفصل الثالث: الأبعاد النظرية والسوسيوديمغرافية للخصوبة

الجانب المنهجي والميداني للدراسة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس: عرض وتحليل البيانات

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

ملخص:

تعد الدراسة الراهنة من أهم الدراسات التي عالجت ظاهرة الخصوبة وعلاقتها بعمل المرأة خارج البيت، انطلاقا من إشكالية مفادها أن عمل المرأة يؤثر سلبا على معدلات الخصوبة باتجاه الانخفاض، حيث قامت الباحثة بتحليل متغيرات الدراسة ضمن أطر مرجعية نظرية ساهمت إلى حد كبير في بلورة محددات فرضية إمبريقية، شملت في ثناياها التركيز على الآثار التي يُحدثها كل من المستوى التعليمي، والاقتصادي، وظروف العمل، والظروف الصحية وأثر كل هذه الأسباب على خصوبة المرأة العاملة؛ حيث تطرقت في الإطار النظري للدراسة إلى أهم النظريات المختلفة المفسرة للظاهرة المدروسة، كما تتبعت أهم التطورات التي عرفتها معدلات الخصوبة في الجزائر وأبرز العوامل المؤثرة فيها، وتم عرض الآفاق المستقبلية لسكان الجزائر بصفة عامة، وتم رصد أهم التطورات التي عرفتها معدلات الخصوبة في سطيف.

ومن أجل التأكد من فرضيات الدراسة، قامت الباحثة بإجراء تحقيق ميداني على عينة من النساء العاملات بين 15_49 سنة في الوسط الجامعي بسطيف، ليتم التأكد والتحقق من صعوبة التوفيق بين الواقع المهني والعائلي، أضف إلى ذلك العبء الذي أصبح يُشكله إضافة طفل جديد على ميزانية الأسرة والوقت المخصص له، الأمر الذي أدى إلى نشوء قيم جديدة مرتبطة بتكوين أسر ذات حجم صغير بعد اتباع سياسة تباعد الولادات واستعمال وسائل منع الحمل الحديثة، إذ أثبتت الشواهد الواقعية والإمبريقية كثرة اشتغال المرأة وتزايد أدوارها مما ساهم إلى حد بعيد في التأثير على معدلات الخصوبة. لذا تعتبر هذه الدراسة جد هامة في فهم العلاقة بين عمل المرأة وانخفاض الخصوبة في المجتمع الجزائري.

Résume :

La présente étude est lune des plus importantes, consacrées au phénomène de la fertilité chez la femme en relation avec son travail.

En partant d'une problématique qui consiste à que le travail influence négativement les moyennes de la fertilité chez la femme. La chercheuse analyse les variations de l'étude dans des prospectives théoriques qui contribuent à délimiter théorie empirique qui constituent à mettre le point sur les influences dues aux niveaux économique et d'instruction, et aux conditions de sante et de travail, et leurs relation avec la fertilité de la femme ouvrière. Dans le cadre théorique la chercheuse traite la différente théorie qui expliquent le phénomène étudie. Aussi, elle examine les évolutions des moyennes de la fertilité en Algérie, et les plus importants facteurs qui l'influencent, Parallèlement elle expose les opportunités des habitants de l'Algérie d'une manière générale, et elle observe les principales évolutions que connaissent les moyennes de fertilité à Sétif.

Et pour affirmer les hypothèses de l'étude, la chercheuse effectue une recherche sur un groupe de femmes ouvrières âgées de 15 à 49 ans de l'université de Sétif pour confirmer la difficulté d'adapter la vie professionnelle à la vie familiale, et la charge d'ajouter un enfant de plus au budget et au temps de la famille, ce qui a surgit de nouvelles valeurs liées à avoir des familles peu nombreuses en adoptant le contrôle des naissances, et en utilisant les inconvénients récents de grosses.

Des indices réels ont démontré que le travail de la femme et ses rôles sociaux contribuent à changer les moyennes de fertilité.

Pour cela, cette étude est d'une grande importance, du fait qu'elle montre la relation entre le travail de la femme et l'abaissement de la fertilité en l'Algérie.

إن العمل قبل كل شيء هو مسؤولية يجب أن تحرر المرأة من تبعيتها لكل ماهو بال من عادات وتقاليد، كما يخلق منها شخصية متكاملة منتجة متميزة قادرة على تحدي مشاكل الحياة مع الحفاظ على كرامتها وزيادة تمسكها بالعائلة والمنزل والأولاد، لاسيما أنها تشعر دوما بمشاركتها الفعالة في بناء وتشييد الوطن. وينبغي على الحكومة تهيئة الظروف العائلية المواتية بشكل تحافظ فيه على التركيب العائلي السليم وتضمن الاستقرار والرعاية المستمرة للأولاد. وأن تواصل في سبيل تهيئة ظروف عمل مناسبة. مع العلم أن دخول المرأة معترك العمل بأسس علمية صحيحة سوف يكون له أثر حضاري وثقافي ينتقل من خلالها إلى الأجيال القادمة التي هي عماد للبلد وذلك في سبيل تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، واعتبارا أنها لا تزال تساهم بفعالية في تعليم الأجيال المقبلة أنماطا جديدة من حيث طريقة التفكير والتأقلم مع الحياة العصرية المتزايدة بالتعقيدات والتي تتطلب الحكمة والفطنة معا.

حيث تزايدت في الآونة الأخيرة نسبة النساء العاملات تماشياً مع متطلبات العصر الحديث لتصل إلى **20 بالمائة**، على اعتبار أن العمل أصبح من أوليات الأمور التي تفكر بها المرأة بغرض تحقيق الكثير من مطالب الحياة المستجدة، في حين أن هذا الأمر لم يكن منتشراً من قبل بصورة كبيرة، إذ كان عمل المرأة الأول هو رعايتها لأولادها وشؤون بيتها، هذه الوظيفة الفطرية التي جبلت على آدائها، أما عملها خارج البيت فلم يكن إلا لضرورة قصوى تلبية لاحتياجات الأسرة المتزايدة أو في ظل غياب المعيل. عكس مانشهده اليوم فلم يعد العمل مجرد مسألة عول بل أصبح من أولويات حياة المرأة خاصة بعد التخرج من الجامعة، ولأن هدف الخروج للعمل والغاية منه تغيرت بتغير الزمن، فإن النساء العاملات أصبحن لا يستغنين عنه أبداً لأنه وسيلة لتحقيق الذات وكسب المال، وتوسيع نطاق العلاقات الاجتماعية.

لذا تعد دراسة **نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة والكشف عن مدى تأثر وتأثير كلا منهما في الأخرى** من الدراسات الهامة في مجال علم السكان، حيث تحظى المناقشات الخاصة بالخصوبة في الوقت الحاضر بإهتمام بالغ على الصعيدين الدولي والمحلي أكثر مما هي عليه في السابق، وما يفسر شدة هذا الإهتمام تلك الجهود المكثفة التي تبديها الهيئات الدولية والحكومات اتجاه الدراسات والبحوث العلمية الخاصة بالخصوبة والإنجاب نظرا لما لهذا المتغير من تأثير مباشرعلى المحيط الإقتصادي والإجتماعي والسياسي للمجتمع والفرد معا.

وبناءا على ما سبق ذكره تعتبر ظاهرة الخصوبة ذات أهمية بالغة لدى الباحثين في علم الديمغرافيا لاسيما أنها أصبحت اليوم أهم متغير في دراسة النمو السكاني، وذلك بعد الانخفاض الذي شهدته معدلات الوفيات في أغلبية البلدان نتيجة تحسن الوضعية الصحية بها، وكذا تراجع حركات الهجرة التي أصبحت محدودة للغاية. فالعالم اليوم لايزال يعرف إنخفاضا محسوسا في مستويات الخصوبة وهذا لم يشمل فقط البلدان المتقدمة فحسب بل حتى بعض بلدان العالم الثالث "**الجزائر**"، وهذا التغيير ناتج عن جملة تفاعل عوامل إجتماعية اقتصادية وسياسية وثقافية، لأن ظاهرة الإنجاب تنتج من

وجهة النظر العلمية عن تأثيرهذه الدوافع والأسباب، ذلك أن سلوك الفرد اتجاه الخصوبة وبناء الأسرة والقيم الإقتصادية والسياسية كلها عوامل تلعب دورا كبيرا في تحديد مدى إقبال الناس على إنجاب الأطفال. وهذا ما جلب أنظار الباحثين والمختصين في الديمغرافيا لدراسة ظاهرة الخصوبة، واتجهوا في الآونة الأخيرة لدراسة العوامل المحددة لتطور مستويات الخصوبة وإتجاهاتها. مع العلم أن دراسة وتحليل العوامل المؤثرة في الخصوبة من حيث إرتفاعها أوإنخفاضها تعد من الأعمال الأساسية في الأبحاث الديمغرافية، فهي تضع في الإعتبار مجموعة من العوامل المعقدة وتساعد في تفسير إختلافات السلوك الإنجابي بين المجتمعات المختلفة والمجتمع الواحد داخل المناطق المختلفة (حضر وريف). كما أنها تساعد في معرفة الإتجاهات المستقبلية لمعدلات الخصوبة، بالإضافة إلى أنها تلعب دورا أساسيا وفعالا في وضع و تنفيذ السياسات السكانية التي تتلاءم وطبيعة ومعتقدات كل مجتمع. ونظرا لأهمية هذه العوامل برزت الحاجة إلى مزيد من الأبحاث بغية التوصل إلى تحليل معمق لفهم عملية الترابط بين العوامل المباشرة كإستعمال وسائل منع الحمل والسن عند الزواج وغيرها، والعوامل غير المباشرة المتعلقة بعملية التنمية الإقتصادية والإجتماعية كالتعليم والعمل .....الخ. ومع ذلك فإن معظم البحوث النظرية والدراسات الميدانية في أغلب الأحيان لم تركز في تحليلاتها على التفاعل القائم بين العوامل المباشرة وغير المباشرة، بل تناولت تأثير كل عامل على حدى. وتبقى الحاجة إلى تسليط الضوء بشكل أوسع على هذه العوامل من خلال تفاعلها مع عوامل أخرى في دول العالم الثالث لاسيما العربية منها. خاصة وأن أغلب النماذج المقترحة في دراسة العوامل المؤثرة على الخصوبة في تلك الدول هي دراسات أقيمت من طرف باحثين أجانب توجهاتهم تبتعد عن ثقافة وعقيدة المجتمعات العربية. وبإعتبار أن الجزائر كغيرها من دول العالم الثالث قد عرفت هي الأخرى عدة تحولات وتغيرات في كافة المجالات- وخاصة بعد إنتهاء الحربين العالميتين(الأولى والثانية)- والتي كان لها أثر على السلوك الإنجابي للمرأة وخصوبتها.

فالجزائر بعد الإستقلال لم تكن ترى في إرتفاع معدلات الإنجاب مشكلا أوعائقا لتطورها الإقتصادي والإجتماعي، وذلك أن التحسن النسبي الذي عرفته الجزائرعلى مستوى معيشة الأفراد خلال المراحل الأولى من الاستقلال انعكس إيجابا على مستويات المواليد ومعدلات الزواج، أين شهدت إرتفاعا كبيرا في حين بقيت معدلات الوفيات في إنخفاض وتراجع مستمر. غير أنه سرعان ما شكلت هذه المستويات عائقا أمام التطورالإقتصادي والإجتماعي للبلاد، فأصبح الموقف الحكومي ينظر للقضية الديمغرافية نظرة معاكسة ومختلفة تماما عن النظرة السابقة، حينها تيقنت الهيئات المعنية والحكومة بضرورة مواجهة هذه المستويات العالية للولادات، أين بدأ تنفيذ لأول مرة وبصفة رسمية برنامج تنظيم الأسرة وتباعد الولادات وذلك سنة **1983**. واتجهت بذلك السياسة السكانية في الجزائر إلى تشجيع البرامج التي تساعد على تخفيض معدلات الخصوبة بهدف تحسين فعالية جهود التنمية وتلبية الحاجيات الأساسية للأفراد، وذلك من خلال الإهتمام والتنسيق بين خدمات تنظيم الأسرة وبرامج

رعاية الأمومة والطفولة ودمجهما معا من الناحية الإدارية وكذا توفير الإشراف الطبي للمترددات على مراكز تنظيم الأسرة. غير أن الانخفاض المسجل في معدل الولادات والخصوبة مع منتصف الثمانينيات، تزامن مع الأزمة الإقتصادية الحادة التي شهدتها البلاد، خاصة مع إنهيار أسعار البترول سنة 1986 والتي إنعكست سلبا على المستوى المعيشي للأفراد. وبحكم أهمية ذلك الإنخفاض المسجل في مستويات الخصوبة وإستمراريته إلى غاية يومنا هذا، جعل الباحثة تطرح العديد من التساؤلات في الدراسة الحالية بدءا بصياغة الإشكالية التي تضمنت تساؤل رئيسي وأربع تساؤلات فرعية، تبحث في مجملها عن أهم الأسباب والعوامل التي كانت وراء ذلك الإنخفاض، ولتحقيق هذه الغاية تساءلت عما آلت عليه وضعية المرأة العاملة المنجبة في مجتمع متزايد بالتعقيد ومثقل بمختلف أنواع الأعباء الإقتصادية والضغوط الإجتماعية، كما أجريت أبحاث ودراسات سابقة لمعرفة الأسباب والعوامل المؤثرة في الخصوبة ولا تزال إلى حد اليوم.

حيث تسعى الدراسة الراهنة إلى معرفة نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة، ومدى تأثير المتغير الأول ومساهمته في إحداث خفض في المتغير الثاني خاصة في الوسط الحضري.

ومن هذا المنطلق تم تناول موضوع الدراسة وفق خطة بحث إشتملت على مقدمة وستة فصول وخاتمة، حيث إشتمل **الجانب النظري للدراسة** على ثلاثة فصول تم عنونة **الفصل الأول** بالإطار التصوري للدراسة والذي تناول: أهمية وأسباب إختيار موضوع الدراسة، أهداف الدراسة، الإشكالية، تحديد المفاهيم، فرضيات الدراسة، الدراسات السابقة. أما **الفصل الثاني** المعنون بالأبعاد النظرية والسوسيولوجية لعمل المرأة والذي تناول: في البداية النظريات المفسرة لعمل المرأة، المرأة والتعليم في الجزائر، المرأة والعمل في الجزائر، المرأة والصحة في الجزائر، المرأة العاملة بين المهام الإنجابية والمهنية في الجزائر، المرأة العاملة وقوانين العمل في الجزائر. يليه **الفصل الثالث** المعنون بالأبعاد السوسيوديمغرافية للخصوبة والذي تناول: في البداية النظريات السكانية المفسرة للخصوبة (الفكر السكاني القديم والنظريات السكانية المعاصرة لتوضيح مدى تأثير العامل الاقتصادي على العامل الديمغرافي)، تحليل سوسيوديمغرافي للخصوبة، الوضعية الديمغرافية للجزائر، تطور الخصوبة في الجزائر (بعد الاستقلال)، أبرز العوامل المؤثرة على الخصوبة في الجزائر، تطور الخصوبة في سطيف. أما **الجانب المنهجي أو الميداني للدراسة** أدرج ضمن ثلاثة فصول أخرى حيث تم عنونة **الفصل الرابع** بالإجراءات المنهجية للدراسة والذي تناول: مجالات الدراسة، نموذج الدراسة، المنهج المتبع في الدراسة، الأدوات البحثية، العينة وكيفية إختيارها، سمات وخصائص العينة. يليه **الفصل الخامس** المعنون بعرض وتحليل البيانات حيث تم عرض جداول البيانات الشخصية، والجداول الخاصة بإرتفاع المستوى التعليمي وأيضا إنخفاض المستوى الإقتصادي للمرأة العاملة وكذا تدهور ظروف عملها، وتدهور ظروفها الصحية وأثرها على معدلات الخصوبة. يليه **الفصل السادس** والأخير المعنون بمناقشة نتائج الدراسة والذي تناول: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فرضياتها، مناقشة نتائج

الدراسة في ضوء الدراسات السابقة، الإستنتاجات العامة للدراسة، أبرزالقضايا التي تثيرها الدراسة، موقع الدراسة الراهنة من النظريات السكانية، خاتمة، قائمة المصادر والمراجع، الملاحق.

صعوبات الدراسة:

إنه من الطبيعي أن يواجه الباحث صعوبات تعرقل مساره أثناء القيام بأي بحث علمي، وقد تتفاوت درجة هذه الصعوبات حسب نوعية موضوع البحث والظروف الإجتماعية والإقتصادية للباحث، خاصة إذا كان هذا البحث يتطلب مسح إجتماعي أو مواجهة ضرورية مع الناس مباشرة بهدف الحصول على أدق التفاصيل.

وفيما يخص البحث الحالي فإنه لم يخلو من الصعوبات وأهمها تلك التي واجهتها الباحثة أثناء قيامها بالعمل الميداني وخاصة أثناء عملية البحث عن مواصفات أفراد العينة بالشروط المطلوبة، أما عند ذهابها لتوزيع الاستمارات وتطبيقها على بعض المبحوثات وذلك لملء الإستمارة بالمقابلة الشخصية معهن، حيث رفضن التعامل معها بسبب عدم فهمهن للموضوع وعبرن بأنها أمور شخصية لايجب التصريح عنها، إلا ذوات المستوى التعليمي العالي اللاتي تقبلن الفكرة لكنهن لم يعرن الموضوع إهتماما أكبر بقدر ماكانت إجابات سطحية ولم تصرح أغلبيتهن عن قيمة الدخل الذي يتقاضينه لذا إضطرت الباحثة لإلغاء هذا السؤال وتغييره بسؤال لآخر، وتمكنت من تصفية معلومات قيمة حول متغيرات الدراسة، فبعد توزيع 100 إستمارة واسترجاعها وجدت أن10 إستمارات لم تفي بالشروط اللازمة، ومن ثمة تم إستبدالها ب10نساء أخريات يعملن بقطاع الصحة كموظفات داخل الجامعة حتى تستكمل عدد الإستمارات المطلوبة في البحث وتم الإستفادة منها بشكل كبير.

أما عن الصعوبات الثانوية فهي صعوبات كلاسيكية والتي تتمثل في النقص الكبير في المراجع الديمغرافية التي تمس مباشرة الموضوع بصفة عامة، وإن توفرت تكون باللغات الأجنبية وهذا ما يتطلب الوقت الأكبر لترجمتها وإدراجها ضمن البحث وهذا مايفسر عدم اهتمام المجتمعات العربية بهذا العلم وإن كانت هناك بعض المراجع المحتشمة إلا أنها تعالج قضايا سكانية للدول الغربية أما المراجع التي تتناول قضايا مجتمعاتنا تكاد تكون منعدمة تماما، وإن توفرت بعضا منها فهي تعالج المواضيع الديمغرافية بسطحية، لعدم توفر المعلومات الكافية للقيام بمثل هذه الدراسات، وفي الحقيقة أن هذه الصعوبة بالذات دفعت الباحثة للتمسك بمثل هذه المواضيع التي تهم كل المجتمعات مهما كانت درجة تقدمها ولاسيما المجتمع الجزائري الذي لايزال يطمح للمزيد من التقدم والتطور في شتى المجالات بغية تحقيق التنمية المستدامة.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار التصوري للدراسة

الفصل الثـاني:

الأبعاد النظرية والسوسيولوجية لعمل المرأة

تمهيد

أولا: الأصول النظرية المفسرة لعمل المرأة.

ثانيا: المرأة والتعليم في الجزائر.

ثالثا: المرأة والعمل في الجزائر.

رابعا: المرأة والصحة في الجزائر.

خامسا: المرأة الجزائرية المعاصرة بين المهام الإنجابية والمهنية.

سادسا: المرأة العاملة وقوانين العمل في الجزائر.

خلاصة الفصل

الفصل الثالث:

الأبعاد النظرية والسوسيوديمغرافية للخصوبة

تمهيد

أولا: الأصول النظرية المفسرة للخصوبة.

ثانيا: تحليل سوسيوديمغرافي للخصوبة.

ثالثا: الوضعية الديمغرافية لسكان الجزائر.

رابعا: تطورالخصوبة في الجزائر

خامسا: أبرز العوامل المؤثرة على انخفاض الخصوبة في الجزائر.

سادسا: الخصوبة في سطيف وتطورها.

خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولا: مجالات الدراسة.

ثانيا: نموذج الدراسة.

ثالثا: المنهج.

رابعا: الأدوات البحثية.

خامسا: العينة وكيفية اختيارها.

سادسا: سمات وخصائص العينة.

خلاصة الفصل

الفصل الخامس:

عرض وتحليل البيانات

تمهيد

أولا: البيانات الشخصية.

ثانيا: ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة ومساهمته في خفض معدلات الخصوبة.

ثالثا: إنخفاض المستوى الإقتصادي للمرأة العاملة وأثره في خفض معدلات الخصوبة.

رابعا: تدهور ظروف عمل المرأة العاملة وأثرها في خفض معدلات الخصوبة.

خامسا: تدهورالظروف الصحية للمرأة العاملة وأثرها على في خفض معدلات الخصوبة.

خلاصة الفصل

الفصل السادس:

مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

أولا: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فروضها.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة.

ثالثا: الإستنتاجات العامة للدراسة.

رابعا: أبرزالقضايا التي تثيرها الدراسة الحالية.

خامسا: موقع الدراسة الراهنة من النظريات المفسرة للخصوبة.

خلاصة الفصل

مقدمة

المراجع

خاتمة

الملاحق

تمهيد

في البداية يتم عرض النظريات المفسرة لعمل المرأة وذلك لإعطاء صورة واضحة عن أبرز التوجهات المفسرة لعمل المرأة ومدى مطابقة تلك النظريات في تحليلاتها لوضع عمل المرأة في الجزائر، وأيضا ليتم التعرف على واقع المرأة في قطاع التعليم، والعمل والصحة في الجزائر(بعد الاستقلال)، ويتم إدراج عنصر هام يفيد بإعطاء تفاصيل أدق حول موضوع الدراسة وهو المرأة العاملة بين المهام الإنجابية والمهنية لاكتشاف إمكانية توفيقها بين الدورين الملصقين بها، إضافة إلى توظيف عنصر أكثر أهمية وهو المرأة العاملة وقوانين العمل في الجزائر بهدف الاطلاع على ما نص عليه الدستور الجزائري والميثاق الوطني حول أهمية ترقية المرأة وإشراكها في عملية التنمية بصورة كاملة مع المحافظة على استقرار العائلة بسن قوانين تحفظ الأمومة وتوفر الأمن للأسرة وتكييف ظروف العمل مع الظروف العائلية والاجتماعية للمرأة وذلك ما يتم تفصيله بشكل دقيق في العنصر الأخير من هذا الفصل.

أولا: الأصول النظرية المفسرة لعمل المرأة

إن عمل المرأة وعلاقته بالخصوبة مازال يشكل بؤرة اهتمام العديد من المفكرين والمهتمين بقضايا السكان، من هؤلاء الذين حاولوا صياغة أرائهم وأفكارهم في شكل نظريات، يمكن اعتبارها بمثابة منطلقات نظرية للبحث الحالي، وتحاول فيما يلي التطرق بإيجاز لأهم النظريات التي تناولت عمل المرأة وعلاقته بخصوبتها كالآتي:

1- النظرية البيولوجية:

تعطي للخصائص البيولوجية التي يتمتع بها الفرد أهمية وهي المحدِّد الأول لوظيفة الفرد في المجتمع، وفكرتها الرئيسية هي أن وظيفة المرأة تقتصر على عمليات الحمل والولادة ورعاية الأطفال، أما المهام الأخرى فهي من نصيب الرجل، كما أن تقسيم العمل بين الرجل والمرأة ركز على المعيار البيولوجي أي حسب التكوين الجسمي لكلا منهما، على اعتبار أن المرأة تتميز ببنية ضعيفة مما يحتم عليها المكوث بالمنزل والقيام بأعبائه وأنها خلقت للحمل وللولادة، وهناك من يرى بأن خروجها للعمل قد يضيع أنوثتها في الغالب، وهذا القول يؤيد هذه النظرية على أن المرأة خلقت لتزاول مهمتها داخل أسرتها، وخروجها فيه ضرر كبير لها، وآثار سلبية على أسرتها.

2- نظرية المساواة بين الجنسين:

تنطلق هذه النظرية من نقد الحتمية البيولوجية، حيث ترى هذه النظرية أن المرأة ضعيفة ليست بسبب تركيبها الجسماني وطبيعتها، وليس بسبب إرادة غيبية تخرج عن الإرادة الإنسانية، بل بسبب تجريدها من حقوق الملكية ومسؤولية السعي والمشاركة في الإنتاج، كما أن وضعها مرتبط بنوع

النظام السائد في المجتمع الذي ينجر عن علاقات الاستغلال والسيطرة من طرف الرؤساء وأصحاب رؤوس الأموال. وأيضا من طرف العائلة والمدرسة والدولة والدين وخاصة في العمل[1].

وعلى هذا ترى أن ضعف المرأة لا يعود إلى تكوينها الجسماني، بقدر ما هو إبعادها من قبل المجتمع بمختلف مؤسساته وبجميع الوسائل التي تكرس علاقات السيطرة على المرأة وتهميشها وعدم تقييم مشاركتها في الحياة العامة حيث تطالب هذه النظرية بضرورة المساواة بين الرجل والمرأة في كل جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية[2]. وإمكانية تقسيم الأعمال المنزلية حتى يتسنى لها ممارسة أعمال أخرى خارج البيت، و تشارك زوجها في أعماله الصعبة وتتبوأ مناصب عليا في الدولة وتسير شؤونها حسب وجهتها الخاصة.

اقترن ظهور هذه النظرية "نظرية المساواة بين الجنسين" ببروز عدة حركات منها حركة تحرير المرأة، والحركة النسائية، وحركة ترقية المرأة، هي حركات اجتماعية وسياسية هدفها الأساسي هو التغيير الشامل لوضعية المرأة في المجتمع، وظهرت هذه الحركات في الغرب وكان هدفها الأسمى آنذاك هو التوسع في الحقوق القانونية التي كانت للرجل مثل: التصرف في الملكية الخاصة والوصاية على الأبناء وحقها في العمل والتوظيف والأجور ومساواتها بأجور الرجال، ويرجع الأصل النظري لتلك الحركات إلى كتابات وأفكار **جون ستيوارت ميل**"[3] كما تعرضت تلك الحركات لعدة انتقادات بما فيها نظرية المساواة، ومن المفكرين الذين انتقدوا هذه النظرية وعارضوا بشدة تلك الحركات التحررية الجزائري "**مصطفى بوتفنوشت**" الذي يرى أن الحركات الأنثوية هي حركات أيديولوجية يتميز بها المجتمع الغربي[4].

وأن هذه الحركات تميز المجتمع الغربي لا الإسلامي، فالإسلام حفظ للمرأة حقوقها كاملة، وذلك أنها تمتعت بكامل حقوقها غير منقوصة، بعكس المرأة في الغرب التي مازالت تعاني إلى حد اليوم وأيضا صرح بأن هذه الحركات ما هي إلا حجة ودليل من أجل فرض وتعميم النموذج الغربي على العالم بأسره.

3- النظرية الاقتصادية:

فكرتها الأساسية أن المرأة هي طاقة بشرية يجب إدماجها في البنى الاقتصادية لتساهم في تنمية المجتمع، لأن تحقيق التنمية يتطلب تعبئة كل الطاقات البشرية التي يزخر بها المجتمع أو البلد، كما أن

---

[1]- حليم بركات: **المجتمع العربي المعاصر**، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1986، ص 189.

[2]- باسمة كيال: **تطور المرأة عبر التاريخ**، مطبعة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1981، ص ص 201.202.

[3]- إعداد نخبة من الأساتذة: **معجم العلوم الاجتماعية**، مراجعة إبراهيم مذكور، الهيئة المصرية، 1975، ص ص 598-599.

[4]- مصطفى بوتفنوشت: **العائلة الجزائرية، التطور والخصائص**، ترجمة دمري احمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 78.

مساهمة المرأة في التنمية يُعلي من شأنها ووضعها وقيمتها داخل المجتمع وتنقسم هذه النظرية في تحليلها لاتجاهين هما:

الاتجاه الأول: الذي يرى أن ظاهرة التحديث التي عرفها المجتمع الصناعي وما صاحبها من تغيرات في البنى الاقتصادية والاجتماعية، أدى إلى مشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية، مع العلم أن التحديث صاحبه مظاهر انتشار التعليم وتوفر الأدوات الكهرومنزلية التي سهلت من مهمة المرأة في القيام بالأعمال المنزلية مما حفزها للخروج إلى العمل، كما أن تحول بنية الإنتاج الزراعي التقليدي نتيجة انتشار ظاهرة التصنيع، كلها عوامل ساعدت إلى حد ما في تحفيز المرأة لخروجها إلى العمل والتحاقها بالعديد من مجالات العمل وذلك مقابل أجر.

الاتجاه الثاني: الذي يعتمد على التناقضات الاقتصادية للنظام الرأسمالي الذي يؤدي في النهاية إلى ظهور وعي طبقي سوف يحرر الطبقة العاملة ويمنح المرأة دورها في عملية البناء الاقتصادي ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن العائلة الأبوية تعد من بين مظاهر الاستغلال للمرأة، وتشبه علاقة استغلال الرجل للمرأة باستغلال الرأسمالي للطبقة العاملة[1].

من خلال عرض تلك النظريات التي تناولت قضية المرأة والتي تبدو في الغالب أن أصولها النظرية تعود إلى المجتمعات الغربية والتي تختلف إلى حد بعيد عن مجتمعات دول العالم الثالث عموما والعالم العربي الإسلامي خصوصا، ويمكن استخلاص أهم الاهتمامات النظرية حول المرأة على مستوى مجتمعاتنا:

- حسب وجهة نظر بعض المفكرين والعلماء أن المرأة في العالم الثالث لن تحقق مكانة عالية ومشاركة فعالة في النشاطات الاقتصادية إلا إذا اكتسبت مظاهر الثقافة الأوروبية الحديثة وتخلت عن التقاليد البالية.
- كما يفسر بعضهم أسباب تخلف المرأة في تلك الدول إلى النظام الأبوي الصارم واستمرارية عقلية الاستغلال التي جسدها الاستعمار على تلك الدول بما فيها الجزائر.
- ويفسر أيضا الوضع المزري للمرأة بالتقاليد البالية وهي وجهة نظر الاشتراكيين.

كما يشير بعضهم إلى أن خصوصية الظروف التاريخية لمجتمعات العالم الثالث تمر بمرحلة التحديث في الوقت الراهن مما انجر عن ذلك بروز بعض التناقضات في التركيز على تنمية المرأة الحضرية على اعتبارها أكثر مسايرة وتقبلا لعملية التحديث عن المرأة الريفية[2].

---

[1]- زعرة هدى: **المرأة العاملة وصراع الأدوار داخل الأسرة، رسالة ماجستير جامعة قسنطينة، 2003-2004، ص ص 11-12.**

[2]- سيد عبد الفتاح عفيفي: **بحوث في علم الاجتماع المعاصر**، دار الفكر العربي مصر، د.ط، 1996، ص ص 29-30.

في حين يذهب البعض إلى أن وضعية المرأة في الدول العربية الإسلامية تتأرجح بين 3 اتجاهات:

الاتجاه الأول: ويمثل الاتجاه التقليدي المحافظ، ويرفض اشتغال المرأة رفضا باتا.

الاتجاه الثاني: وهو اتجاه متحرر نسبيا، يبيح للمرأة العمل في ميادين معينة فقط.

الاتجاه الثالث: وهو اتجاه متحرر، يبيح للمرأة المشاركة في أي مجال من مجالات الحياة المختلفة.

رغم مصداقية هذه الاتجاهات على المستوى الاجتماعية، فإن هناك بعض التحفظات تطرح بالنسبة لتوسيع مدى إسهام المرأة في الحياة الاقتصادية، وبالتالي تغيير دورها في المجتمع العربي.

أ/ **فمن الناحية الاقتصادية:** يظهر تخوف البعض من أن اشتراك المرأة في قوة العمل سيؤدي إلى زيادة حدة البطالة في بعض البلدان العربية (وما يصاحبها من انتشار بعض الظواهر كالانحرافات والسرقة...إلخ) وكذلك بروز ظاهرة العنوسة، وعزوف الشباب عن الزواج بسبب أزمة السكن وعدم توفر مناصب شغل لهم وارتفاع تكاليف الزواج من مهر ومستلزماته.

ب/ **أما من الناحية الاجتماعية:** يظهر التخوف من أن دخول المرأة مجال العمل المنظم سوف يؤدي إلى تأثيرات سلبية على الحياة الأسرية، وعلى عملية تربية الأطفال تربية سليمة.

__ثانيا__: المرأة والتعليم في الجزائر

1- وضع تعليم المرأة بعد الاستقلال:

بعد حصول الجزائر على استقلالها السياسي سنة 1962، كان وضع التعليم عموما وتعليم المرأة خصوصا متدهورا للغاية حيث أدت سياسة التجهيل التي مارسها المستعمر طيلة فترة الاحتلال إلى تفشي الأمية بين كافة شرائح المجتمع، إلاّ أنّ وعي النخبة السياسية الحاكمة التي قادت البلاد مع بداية الاستقلال ساهم إلى حد بعيد في توسيع التعليم في كافة أنحاء البلاد، وكان من ضمن الأولويات تعليم البنات وخاصة في المناطق النائية.

في بداية الستينات لم يكن عدد التلميذات المقيدات في التعليم الابتدائي يتجاوز 300 ألف تلميذة، وفي الثانوي لم يكن يتجاوز ألفين تلميذة. أما في التعليم العالي فقد كان العدد بحدود 600 طالبة فقط. لكن مع مرور الوقت شهد نظام التعليم في الجزائر تسارعا متناميا في عدد البنات المتمدرسات نتيجة النمو الديمغرافي المتسارع من جهة وتحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأفراد وتطور ظروف التعليم من جهة أخرى[1].

---

[1] –http:// www.arab-api.org/conF.0310.

كما أولت الدولة الجزائرية عناية كبيرة للتعليم وجعلت من ديمقراطيته ومجانيته واجبا أساسيا قامت عليه المنظومة التربوية تجسيدا لمبدأ "تكافؤ الفرص للجميع"، دون تمييز بين جهات الوطن أو بين أبنائه، حيث بلغت نسبة التمدرس في الابتدائي 99% بالنسبة للذكور و96% للإناث.

الجدول رقم (01): التلاميذ المسجلين في التعليم الأساسي لسنتي 2000 و2003.

الأطوار	2000	2003
التلاميذ المسجلون في الطورين الأول والثاني	4720950	4691870
منهم بنات %	% 46.82	% 46.98
التلاميذ المسجلون في الطور الثالث	2015372	2116087
منهم بنات %	% 48.06	% 48.04
مجموع التلاميذ المسجلون في التعليم الأساسي	6736320	6666346
منهم بنات %	% 47.19	% 47.97

هذا الجدول يبين عدد التلاميذ المسجلين في التعليم الأساسي لسنتي 2000 و2003 خلال الأطوار الثلاثة وذلك بنسبة 48.04% من البنات المسجلين في الطور الثالث، تليها نسبة 46.98% هم في الطور الأول والثاني، وأنّ نسبة الإناث من مجموع التلاميذ المسجلين بالتعليم الأساسي هي 47.97% (2003).

الجدول رقم (02): التلاميذ المسجلين في التعليم الثانوي لسنتي 2000 و2003.

التلاميذ المسجلون	975862	1095730
منهم بنات %	% 56.15	% 56.73

فمن خلال عرض الجدول رقم (02) الذي يبين تفوقا واضحا للفتيات على الفتيان، تقدر نسبة البنات المسجلين في التعليم الثانوي سنة 2000 بـــ 56.15% لتصل إلى 56.73% سنة 2003.

الجدول رقم (03): عدد المعلمات والأستاذات لسنتي 2000 و2003.

المجموع	327284	329605
منهم نساء	154507	161523
النسبة %	% 47.20	% 46.01

أما من حيث عدد المعلمات والأستاذات سنة2000-2003 يتم عرض الجدول رقم (03) الذي يوضح أن النسبة كانت تقدر ب 47.20% (2000) لتنخفض إلى 46.01% (2003).

وما هو ملاحظ بشكل عام هو أنّ نسبة الفتيات تكون مرتفعة بالنسبة للتعليم الثانوي بنسبة 56.73% ثم تليها المستوى الجامعي بنسبة 53% ثم التعليم المتوسط بنسبة 48.04% وفي الأخير التعليم الابتدائي 46.98% (وهذه إحصائيات 2003)[1].

1- www.un.org/womenwatch/draw/review/.../AlLGERIA-arab.pdfp5.

بعد تحقيق سياسة تعميم التعليم الأساسي تم تسجيل نسبة 100% في الدخول المدرسي 2003-2004 وهذا نتيجة فرض إجبارية التعليم من سن 06 إلى 16 سنة ومجانية وتقريب المؤسسات الاجتماعية والتعليمية من التجمعات السكانية، حيث كانت نسبة المتعلمين 10% غداة الاستقلال ثم تطورت لتصبح 90% في نهاية2009[1]، وهذا التطور الملحوظ الذي يعد أهم نجاحات الحكومة الجزائرية حاليا. كما سمح التعليم الإلزامي بخفض الأمية نوعا ما السائدة سابقا وخاصة في وسط النساء مما رفع سن الزواج، وعمل بطريقة غير مباشرة على تنظيم الأسرة، لكن نوعيته تبقى من خصائص دول العالم الثالث حيث لا زالت تسود ثقافة التلقين ثم الاجترار، بدلا من تنمية مواهب المطالعة وتطوير مناهج البحث العلمي وهذا ما حاولت الدولة التخلص منه بتجربتها لنظم تعليمية كنظام (LMD)، كما أنّ التعليم بالجزائر مجاني وإجباري والطلبة الجامعيون يحصلون على راتب شهري (منحة التمدرس) بالإضافة إلى الإقامة والإطعام المجانيين[2] لكن لا فائدة من كل هذا لأنّ الطالب الجزائري أصبح لا يهمه الابتكار أو تطوير البحث العلمي بقدر ما يُهمه أن يحصل على نقاط ومعدل يحصل به على شهادة في الغالب تكون غير متطابقة مع مستوى الطلبة. وذلك نتيجة عدم وعي هؤلاء الطلبة بأهمية البحث العلمي وتطويره في شتى المجالات بما يخدم المجتمع ككل والفرد على الخصوص وهذا ما نأمل أن يترسخ عند الأجيال المقبلة إنشاء الله.

*** العائد من تعليم المرأة في الجزائر:**

يعد من مقتضيات تحقيق التنمية اشتراك المرأة في البرامج المسطرة من جهة والسعي للنهوض بأوضاعها المجتمعية من جهة أخرى، فلا بد من تمكينها وجعلها في صلب أولويات التنمية.

ومن أجل ذلك يعتبر التعليم أهم وأيسر السبل لتمكينها فعليا وتعزيز أدوارها المنوطة بها على مختلف الأصعدة.

والواقع أن تعليم المرأة يكسبها عديدا من العوائد النقدية وغير النقدية، فبفضل التعليم تستطيع المرأة تحصيل دخل جيد من سوق العمل، وبفضله تتحسن حالتها الصحية وصحة أفراد أسرتها، وتكون رعايتها وتنشئة أبنائها على أعلى مستوى وذلك بالتركيز على جودة الأبناء بدلا من الكم. إلى جانب ذلك يجعل التعليم المرأة أكثر وعيا بالقضايا السياسية وأكثر اهتماما بالنشاطات الاجتماعية من خلال المشاركة الفعالة في بناء وتنمية المجتمع.

---

[1]- www.un.org/**OpCite.**

[2]- **Ibid.**

ثالثا: المرأة والعمل في الجزائر

1- وضع المرأة العاملة الجزائرية:

إن الوضعية العامة للمرأة العاملة الجزائرية ومكانتها داخل المجتمع تعتبر العامل المهم في تطور البنى الاقتصادية والاجتماعية، حيث بعد الاستقلال استطاعت أن تلتحق بميادين عديدة نظرا لتطور حاجات المجتمع الجزائري المتزايدة يوما بعد يوم، كما أن التحاقها بمجالات التعليم وخروجها إلى ميدان العمل سببا كافيا لتحسين وضعيتها وإثبات وتأكيد مكانتها الحقيقية داخل المجتمع. وتتجسد المساهمة الفعلية للمرأة الجزائرية في عملية التغيير الجذري في كل مجالات الحياة في المجتمع الجزائري من خلال ما تضمنه خطاب الرئيس الراحل "**هواري بومدين**" عقب انعقاد مؤتمر الاتحاد العام للنساء الجزائريات في 23 نوفمبر 1967 والذي صرح في خطابه "**أن مسؤولية المرأة ليست أقل من مسؤولية الرجل خاصة إذا تعلق الأمر ببناء وتشييد الوطن**"[1].

كما جاء في الميثاق الوطني لسنة 1986 "بما أن عمل المرأة أصبح اليوم حقيقة ملموسة فيجب أن يقترن بقواعد صارمة تخصص لضمان حماية الأمومة... وضبط التكيف اللازم للأعمال التي تمارسها المرأة وإيجاد الظروف الضرورية لتوسيع مجال أعمالها".[2]

رغم تطور وضع المرأة الجزائرية الملحوظ، إلا أنه مازال هناك من يعارض خروجها للعمل وحتى للتعليم. فقد أكدت العديد من البحوث والدراسات على وجود ثلاث اتجاهات حول وضع المرأة ومساهمتها في عملية التغيير الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع وهي:

الاتجاه الأول: يمثل الاتجاه التقليدي المحافظ يرفض اشتغال المرأة رفضا تاما.

الاتجاه الثاني: يمثل الاتجاه التحرري نسبيا يرخص للمرأة العمل في ميادين معينة فقط.

الاتجاه الثالث: يمثل الاتجاه التحرري الثوري يتيح للمرأة المشاركة في كافة مجالات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية...إلخ[3].

كل هذه الاتجاهات المتناقضة نجدها في المجتمع الجزائري، إلا أن الاتجاه الأول تراجع إلى حد بعيد ذلك أن معظم الأسر الجزائرية تفطنت إلى ضرورة تعليم بناتها وخروجهن للعمل.

ولذلك يمكن القول أن وضعية المرأة الجزائرية قد تغيرت تغيرا ملحوظا، غير أنها مازالت تحتفظ بأصالتها وثقافتها العربية والإسلامية. ومن هنا تغيرت نظرة المجتمع للمرأة العاملة لتصبح نظرة واقعية، وترسخت تلك النظرة من خلال ما نص عليه الدستور الجزائري فقد جاء في المادة 39

1- زعرة هدى: **مرجع سابق**، ص 62.

2- عبد العزيز وطبان: **الاقتصاد الجزائري (ماضيه وحاضره من 1930- 1985)**، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، 1992، ص 310.

3- هنري عزام: **المستقبل العربي ع 34**، ديسمبر، 1981، ص 80.

ما يلي "**كل المواطنين متساوين في الحقوق والواجبات، ويلغى كل تمييز قائم على أحكام مسبقة تتعلق بالسن أو الحرفة أو العرق**" وجاء في المادة 81 أن: "**على المرأة أن تشارك كامل المشاركة في التشييد الاشتراكي والتنمية الوطنية...**"[1]. وتجسدت هذه الفكرة أو التوجه في كل من ميثاق طرابلس وميثاق الجزائر 1964 والميثاق الوطني 1976 وهذا ما يبرز بوضوح التطورات التي عرفتها مكانة ووضعية المرأة الجزائرية بعد الاستقلال وإلى يومنا هذا.

2- تشغيل المرأة في الجزائر:

يعد التشغيل أول محطة تواجه المرأة المقبلة على عالم الشغل، ويقصد بالتشغيل هنا تلك المرحلة التي تسبق الدخول الفعلي للعمل فهي من أهم المحطات التي ترسم معالم الطريق للمرأة وبها يتحدد مستقبلها إما عاملة منتجة نافعة للمجتمع تشارك في بناء وطنها أو بطالة لتكون عضوا مشلولا لا يرجى نفعه داخل المجتمع.

على الرغم من أن كل التشريعات الحديثة بما فيها الجزائرية ما انفكت تكرس مبدأ المساواة في التشغيل ومنع أي تمييز بين الرجال والنساء في الدخول للعمل إلا أن وضعية المرأة بقيت دون المستوى، ففي بعض الدول الإفريقية والعربية والإسلامية بقي حال النساء في التشغيل عموما دون المستوى نظرا لعدة اعتبارات خاصة منها الاعتبارات الاجتماعية، الثقافية والدينية، أما في الدول الأخرى التي سجلت النساء فيها تواجدا كبيرا نسبيا فإن أغلبهن يمارسن أعمالا بسيطة لا تتطلب في الغالب تأهيلا خاصا وتتقاضين أجورا متدنية مقارنة بتلك التي يتقاضاها الرجال لنفس الأعمال.
وعموما فالملاحظ في هذا المجال أنه رغم تزايد أعداد النساء العاملات في عالم الشغل عبر العالم فقد صحب ذلك زيادة في افتقارهن للأسباب التي ذكرناها سابقا إذ من بين العدد الإجمالي للعاملات في العالم تذكر التقارير أن 70 % منهن فقيرات و65 % منهن أميات حتى أصبح يوصف الفقر على أنه نسائي أو "مؤنث" بمعنى آخر أصبح للفقر جنس[2] في الجزائر فإن الزيادة أو النقصان[3] فنسبة تواجدهن في العمل لم تتجاوز أبدا 10 % إذ تشير إحصائيات 1998 أن نسبة النساء اللاتي يشتغلن لا تمثل سوى 9,72 % من مجموع اليد العاملة النشيطة في الجزائر[4].

* عوامل وأسباب انخفاض نسبة تشغيل اليد العاملة النسوية:

يرجع تضاؤل هذه النسبة إلى عدة عوامل وأسباب منها ما هو اجتماعي، ديني، ثقافي، وذاتي متعلق بالمرأة في حد ذاتها.

1- **الدستور الجزائري**: 19 نوفمبر 1976.

2 – **De plus en plus de Femme parmi les travailleurs du bit 1997,** p. 155.

3- **ONS** : 1998, p. 44.

4- Ameyer.Hafida**: Recensement De La population les Premières Tendances**, El-Watan Du 10Juillet1999, p. 111.

فيما يتعلق **بالعامل الاجتماعي** فقد بقي المجتمع الجزائري إلى وقت ليس ببعيد ولا يزال في بعض المناطق المحدودة من الوطن متشبثا بعادات وتقاليد ورثها من حقب سابقة، كما أن الفكرة السائدة فيه وبخاصة في العالم الريفي أن المرأة للبيت والرجل للكسب والعمل، تكريسا لمبدأ تقسيم العمل المعروف لدى فقهاء القانون والاقتصاد.

إضافة لهذا العامل يأتي **العامل الديني** النابع عن فكر متحجر وخاطئ غير مدرك لمقاصد الشريعة الاقتصادية من بعض أدعياء العالم، أن المرأة ليس لها من رسالة في هذه الدنيا سوى المكوث بالبيت وإنجاب الأطفال، مستدلين على ذلك ببعض الآيات القرآنية الكريمة مثل "**وقرن في بيوتكن**"[1]، و"**للرجال عليهن درجة**"[2]، و"**الرجال قوامون على النساء**"[3] وغيرها، مفسرين هذه الآيات بما تهوى أنفسهم وترضى ميولاتهم، حتى شاعت بعض الأحاديث الكاذبة التي تصب في نفس الاتجاه. كل هذه الظواهر لا تزال موجودة إلا أنها لحسن الحظ آيلة للزوال نتيجة للصحوة التي تشهدها الجزائر وبفعل تحمل العلماء لمسؤولياتهم الكبرى في تنوير المجتمع بتعاليم الدين الإسلامي الصحيح[4].

العامل الثقافي رغم ما عرفه المجتمع الجزائري من تطور ملحوظ نتج أساسا عن تحسن المستوى الثقافي والفكري للمرأة، واندثار بعض العادات والتقاليد البالية التي لا تمت لا لديننا ولا لثقافتنا بصلة، فإن الأمية كذلك كان لها الأثر الكبير في قلة تواجد النساء في عالم الشغل إذ تعتبر من أخطر الآفات التي تضرب المجتمع الجزائري في عالم الشغل خاصة عند النساء، إذ تبين الإحصائيات لسنة 1998 في إطار الإحصاء العام للسكان أن الجزائر تعد 7.172.000 أمي بالنسبة للشريحة التي تبلغ أو تتجاوز 10 سنوات أي ما يقارب 1/3 إجمالي السكان ومن بين هذا العدد الكبير من الأميين نجد 40.27 بالمائة نساء[5]. إن المرأة إذا كانت أمية لا تتمكن في غالب الأحيان من الحصول على عمل يحفظ لها كرامتها وكرامة عائلتها، لأنه كما هو معلوم غير مرغوب فيها في هذا المجال، وإن استطاعت أن تحصل على عمل فإنه غالبا ما يكون عملا منحطا وبسيطا لا يستلزم أي تأهيل ولا يتطلب أي مستوى ثقافي كالمنظفات إلى غير ذلك من الأعمال.

فيما يخص **العامل الذاتي** فإن المرأة معروفة ببعض السلوكيات التي تميزها عن الرجل، تجعل أصحاب العمل نتيجة لذلك لا يرغبون في تشغيلها منها كثرة التغيب، فالتغيب عند العاملات أكثر منه عند الرجال، إذ تبين الإحصائيات على سبيل المثال أن نسبة التغيب في قطاع الطاقة والبتروكيميا بلغ

---

[1]- **سورة الأحزاب الآية 433.**
[2]- **سورة البقرة الآية 228.**
[3]- **سورة النساء الآية 34.**
[4]- تاج عطاء الله: **المرأة العاملة في تشريع العمل الجزائري بين المساواة والحماية القانونية**، دراسة مقارنة جامعة الأغواط، 2006، ص 106.
[5]- **ONS :** Collection Statistiques N°80 RGPH1998, Les Principaux Résultats Du Sondage IMP, ONS, juin1999, p. 116.

17.16 %، سنة 1982 ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها استفادة النساء من عطلة الأمومة التي تمثل 1.81 %من إجمالي التغيبات فقط والباقي بدون عذر[1].

3- واقع المرأة العاملة الجزائرية:

بعد أن أخذت المرأة تتلقى حظها كاملا من التعليم وتتدرج عبر أطواره إلى أعلاها، وأصبحت شريكا حقيقيا للرجل في سبيل تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للبلاد، بتواجدها في مواقع العلم والإنتاج والإبداع والخدمة وفي مراكز اتخاذ القرار الدولة، وذلك على نحو يجعلها حقيقة جديرة بالإكبار والتقدير، إن الحق في التعليم المكرس دستوريا في الجزائر منذ الاستقلال يشكل الأداة الأساسية والفعالة التي ساعدت على ترقية المرأة، كما أن هذه الأخيرة تتمتع بحق الانتخاب والترشح منذ الاستقلال، بحيث فازت قبل نظيرتها في سويسرا بحق التصويت والمشاركة الكاملة في الحياة السياسية، وأن تكوين أول جمعية نسوية في الجزائر يعود تاريخه إلى سنة 1943، وأصبحت المرأة الجزائرية اليوم عنصرا فعالا وفاعلا في الحركة الجمعوية والمجتمع المدني.

إن المشاركة الفعالة للمرأة الجزائرية في التنمية وفي كافة مجالات الحياة، جعلتها تتقلد مناصب سامية في مختلف مؤسسات الدولة الجزائرية، فهي نائب في البرلمان ووزيرة في الحكومة ووالية ورئيسة للجهات القضائية وسفيرة هذا إلى جانب شغلها لوظائف سامية على مستوى الإدارات العمومية (أمينة عامة، مديرة عامة، مديرة، مديرة فرعية).

كما أن المرأة الجزائرية برزت في الميدان السياسي بحيث سجل انتخاب 147 امرأة في المجالس الشعبية البلدية و165 امرأة من مجموع 1870 منتخبا للمجالس الشعبية الولائية و 24 امرأة منتخبة في المجلس الشعبي الوطني من مجموع 396 نائبا[2].

فالجزائر بالإضافة إلى ما سبق ذكره هي في طليعة الدول التي أقرت قانون عمل عادل ومنصف للمرأة، وقانون ضمان اجتماعي يحمي حقوق المرأة العاملة، كما أن تشريع العمل الجزائري يمنع كل شكل من أشكال التمييز على أساس الجنس، ويضمن تكافؤ الفرص للجميع دون تمييز، والمساواة بين العمال أيا كان جنسهم، أو نسبهم، حيث ينص بأن العمال "يستفيدون من نفس الامتيازات لنفس العمل وبالمساواة في التأهيل والمردود".

كما أدرج تشريع العمل من جهة أخرى إجراءات خاصة لحماية المرأة لاسيما فيما يخص الأمومة ودورها في الحفاظ على الخلية الأسرية، ويبرز نظام الضمان الاجتماعي لنظام يحمي النساء

[1]- Bekoucha Soraya: **La Femme Algérienne Dans Le Monde Du Travail**, Thèse Rennes, 1986, p 51.
[2]- **http://www.mtess.gov.dz/mtss_fr_n/communication/2005/co_080305_ar.htm 15:17/ 12 Février 2010.**

العاملات حماية خاصة، حيث تستفيد المرأة من جميع الحقوق والخدمات التي يكلفها نظام الضمان الاجتماعي[1].

ولا يوجد في نظام الضمان الاجتماعي أي نوع من التمييز المتعلق بالجنس بل أكثر من ذلك، فهو يضمن زيادة على التأمين على المرض وحوادث العمل، وفرض تدابير خاصة لاسيما بصفتها أما حيث تستفيد من 14 أسبوعا عطلة أمومة إضافة إلى ما ينص عليه القانون من تسهيلات في أوقات العمل وتخصيص أوقات للرضاعة وغيرها، وان ذلك يتجاوز الحد الأدنى المقرر في الاتفاقات الدولية ومنظمة العمل الدولية.

4- دوافع خروج المرأة للعمل:

تتزايد من سنة لأخرى نسبة النساء العاملات خارج المنزل، إذ استعضن بالعمل الخارجي العمل الأساسي لهنّ، هذه الوظيفة التي أسندت لهن قديما ومازالت مطالبة بأدائها على اعتبار أنها الوظيفة الفطرية المكلفة بها، وأن عملها خارج المنزل هو استثناء في الأصل والذي يقضي بمقامها في بيتها التصدي للرسالة المقدسة، وسوف ندرج فيما يلي دوافع خروج المرأة للعمل حسب أهميتها كالآتي:

أ- الدوافع الاقتصادية:

يعتبر العامل الاقتصادي من أبرز العوامل التي حفزت المرأة الخروج إلى ميدان العمل بدافع تلبية حاجاتها الاقتصادية، والمقصود بها هو "**حاجة المرأة الملحة والشديدة لكسب قوتها بنفسها أو لحاجة أسرتها لدخلها، والاعتماد عليه في معيشتها**"[2].

حيث أثبتت العديد من الدراسات أن أغلب النساء العاملات إما أرامل أو مطلقات أو يعملن لإعالة أطفالهن أو أزواجهن، ومعظمهن ينتمين إلى الطبقات متوسطة الدخل أو ذات الدخل الضعيف جدا.

وعلى ذلك فالمرأة تلجأ إلى العمل الشريف، وقد أكدت البحوث العلمية على أن خروج المرأة للعمل يكون بدافع اقتصادي بالدرجة الأولى، وذلك ما أثبتته دراسة "**فاروق بن عطية**" في الجزائر العاصمة سنة 1970 حيث توصل إلى أن هناك 61.50% من العاملات التحقن بالعمل بهدف تلبية الضروريات الاقتصادية، أما نسبة اللاتي كان هدفهن هو رفع مستوى معيشتهن فقد بلغت 20.95% منهن، في حين بلغت نسبة من لهن الرغبة في إشباع رغبتهن في العمل (حب العمل) بـــ 9.82% أما النسبة التي أردن التحرر تقدر بـــ 6.21% من العاملات، ويتضح لنا أن نسبة العاملات اللاتي خرجن

---

[1]- http://www.mtess.gov.dz/**OpCite.**

[2]- عباس محمود عوض ورشاد صالح دمنهوري: **علم النفس الاجتماعي نظرياته وتطبيقاتها**، د.ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 436.

للعمل في مختلف المؤسسات الوطنية بهدف تلبية متطلبات الحياة تمثل 82.45%، كما توصلت دراسة "ذهبية عبروس" إلى أن الدافع الاقتصادي يمثل نسبة كبيرة تصل إلى 50% من العاملات المبحوثات[1].

ب- الدوافع النفسية: يعتبر الدافع النفسي دافعا فعالا وحيويا وراء خروج المرأة للعمل، والذي من خلاله "تتحقق كل المقومات الأولية لنمو الذات والشعور بضرورة المساواة ومنه تتأكد إنسانية المرأة[2].

كما أثبتت فرديناند زفيج **(F.Zweig)** "أن المرأة تخرج للعمل تحت إلحاح الضغط الانفعالي لشعورها بالوحدة أكثر من خروجها للعمل تحت ضغط الحاجة الاقتصادية، وقد قدر في البحث الذي قام به في مقاطعة لانكشير **(Lancashire)** أنه من بين كل ثلاثة نساء متزوجات يعملن، واحدة منهن فقط تعمل تحت ضغط الدافع الاقتصادي، إما لتغطية النفقات المنزلية أو لإعالة الأسرة، أما الباقيات فيلتحقن بالعمل لأسباب أخرى كالرغبة في الخروج، والشعور بالرضا عن العمل واتفاق العمل مع ميولهن ومستواهن التعليمي"[3].

إنّ حب الظهور والحاجة إلى الانتماء وتحقيق الذات يكون بإشباع المطلب النفسي الذي يؤكد إنسانية وشخصية المرأة، كما يحقق لها الاستئناس والتخلص من الوحدة. "بحيث تشعر المرأة العاملة بأن العمل يمكنها من زيادة ثقافتها نتيجة للتعامل مع الزملاء في العمل والرغبة في تعلم مهارة"[4] والاستمتاع وتثبت أهميتها في المجتمع لكي تحظى بالحب والاحترام والتقدير، ونجد إشباع هذا المطلب عند النساء ذوي المستوى التعليمي العالي بشكل كبير.

جـــ- الدوافع الاجتماعية:

هناك ارتباط وتداخل بين العوامل النفسية والاجتماعية التي تحفز المرأة للخروج للعمل حيث نجد "أن التغير السريع الذي حدث في مختلف المجتمعات قد سوّى بين المرأة والرجل في الحقوق المدنية وكذا التعليم والعمل وللمرأة القادرة على المطالبة به تأكيدا لذاتها من جهة ولمساواتها مع الرجل من جهة أخرى وبالتالي تحقق تحررها الاجتماعي الذي يضمن لها المشاركة الفعلية في مختلف مجالات العمل الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية داخل المجتمع"[5]. وبذلك استطاعت أن تحطم كل القيود من عادات وتقاليد بالية وحواجز مفروضة عليها من قبل المجتمع.

---

[1]- **مانع عمار: "العوامل الاجتماعية والمرأة العاملة في الجزائر"، رسالة ماجستير في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري بقسنطينة، 2000- 2001، ص 115.**

[2]- كاميليا عبد الفتاح: **سيكولوجية المرأة العاملة**، دار النهضة العربية، بيروت، د.ط، 1984، ص 23.

[3]- عباس محمود عوض ورشاد صالح دمنهوري: **مرجع سابق**، ص ص 436- 437.

[4]- مصطفي عوفي: "**خروج المرأة إلى ميدان العمل وأثره على التماسك الأسري**"، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة منتوري بقسنطينة، 2003، ص 144.

[5]- كاميليا عبد الفتاح: **مرجع سابق**، ص ص 87- 88.

كما أن هناك بعض الأعمال تصلح للنساء أكثر من الرجل من بينها عمل القابلة، عمل المربية، عمل التمريض وتطبيب النساء، وقد تبين من دراسة يارو **Yarrow**: "أن 48% من الأمهات العاملات من الطبقة المتوسطة يعملن من أجل تقديم خدمات للمجتمع، ويُرضين حاجاتهن للبقاء في صحبة الآخرين"[1].

ومن هنا يتضح أن عمل بعض النساء يكون بدافع خدمة الوطن أو لتحقيق مكانة اجتماعية مرموقة فيه وذلك أنهن أصبحن يشاركن في كافة مجالات الحياة بهدف تحقيق التنمية الشاملة للبلاد، ومن ثمة تغيرت نظرة المجتمع للمرأة العاملة.

5- مجالات عمل المرأة:

رغم الحقيقة الأساسية التي مؤداها أن المرأة تمثل نصف المجتمع إلا أن هناك تحيزا واضحا من طرف المجتمع اتجاه مجالات عملها، فحسب رأي البعض لا يمكن للمرأة أن تساهم في جميع مجالات العمل مثل الرجال، وهذا راجع أساسا لاعتبارات نفسية وعضوية وطبيعية من حيث تكوينها الجسماني، إضافة إلى ذلك المعارضة الشديدة التي يبديها أغلبية الرجال باشتغال المرأة في بعض المناصب الحساسة كالوزارة والطيران والصحافة...، إلا نادرا وكأنهن ليس لديهن القدرة ولا المهارة الكافية لممارسة مثل هذه الأعمال على الرغم من ذلك إلا أنهن قد أثبتن جدارتهن في كثير من المجالات، حيث أكدت العديد من الدراسات أن معظم الفتيات يتجهن أو يملن إلى ممارسة المهن التي تتشابه مع أدوارهن في البيت كالتعليم، الصيدلة، التمريض، الطب، الإدارة[2].

بالنظر للتطور العلمي والتقني الذي شهدته مختلف الميادين على المستوى الوطني والعالمي والذي يتطلب تعبئة متزايدة للمعارف والمهارات وقد تم هذا كله بفضل الجهد المبذول الذي حققه كل من نظام التكوين المهني والتعليم على حد سواء، وذلك من خلال تقديم دفعات هامة من الفتيات ذات الشهادات المهنية والتعليمية العالية والتي تؤهلهن لشغل أرقى المناصب في شتى المجالات حينها وجدت المرأة نفسها قادرة على المشاركة بمختلف الميادين حتى تلك التي كانت حكرا على الرجال، كمجال القضاء والشرطة وحتى الترشح للانتخابات سواء التشريعية أو الرئاسية.

كما أن الدستور الجزائري دعم دور المرأة وضمن لها حق المساواة مع الرجل، كما ورد في المادة 39: "**أن كل المواطنين متساوون في الحقوق والواجبات**" وأيضا في المادة 42: "**يضمن الدستور كل الحقوق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المرأة الجزائرية**"[3].

---

[1]- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: "**علم اجتماع المرأة**"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د. ط،1997، ص 99.

[2]- **جريدة الوحدة**: العدد 42، 15 مارس 1988، ص 22.

[3]- رابح تركي: **أصول التربية والتعليم**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2، 1990، ص 398.

ويمكن استعراض أهم المجالات التي ساهمت بواسطتها المرأة في عصب النشاط المهني والاجتماعي والثقافي والسياسي فيما يلي:

1/ في مجال التعليم: يعتبر هذا المجال من أهم وأبرز المجالات التي ظهرت فيه المرأة بدرجة عالية، وذلك أنها أثبتت جدارتها وإمكانياتها من أجل مواصلة تعليمها والحصول على أعلى الشهادات التي تؤهلها لشغل مناصب عليا كمعلمة في الابتدائي أو أستاذة في التعليم المتوسط أو الثانوي، وحتى أستاذة محاضرة بالتعليم العالي، فحقها في التعليم يتيح لها ويضمن لها مؤهلات للدخول إلى عالم الشغل بمستويات تعليمية عالية[1]، فقد أثبتت المرأة قدرة وكفاءة لا تقلان عن الرجل لاسيما في مجال التعليم[2]، وطالما طمحت ولا تزال تطمح إلى تبوء أعلى المناصب وذلك من خلال انضمامها بشكل مكثف في مجال التعليم الذي يعتبر من أنسب المجالات على الإطلاق في نظر العديد من أفراد المجتمع خاصة الرجال منهم[3].

ويمكن تجسيد هذه الفكرة بالرجوع إلى النص التالي: "... بالمقابل عند ما يريد الذكور التطلع إلى ولوج الإناث إلى الحياة العامة وعالم المهنة نلقي الإجماع لدى كل الفئات الاجتماعية، وخصوصا فئة الرجال، التوافق يبرز ما بين التصورات الأنثوية والذكورية...، التعليم ولأقل درجة الصحة هي قطاعات النشاط التي يعتبرها المجتمع الجزائري هي مجموعة ملائمة بالخصوص للإناث..."[4].

وبهذا استطاعت المرأة أن تثبت جدارتها في مجال التعليم من خلال تكوين وإعداد الأجيال التي يمكن الاعتماد عليها في المستقبل البعيد، ونحاول فيما يلي استعراض جدول يبين نسبة وعدد المعلمات والأستاذات للعامين الدراسيين **2000-2003**.

---

[1]- **رسالة الأسرة:** صادرة عن الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلف للأسرة وقضايا المرأة العدد 1، مارس 2004، ص 10.

[2]- عبد العزيز بوتفليقة: **محاضرة بعنوان عيد المرأة**، التلفزة الوطنية، الجزائر العاصمة، القناة الأولى، 2009، على الساعة 21:00.

[3]- عبلة محمود أبو علبة: **المرأة العربية العاملة**، معوقات ومتطلبات النجاح في العمل القيادي، عمان الأردن، 2004، ص 8.

[4]- Hélène Vandevelde. Dailliere: **Femmes algériennes a Travers la condition Féminine dans la constantinois depuis fin dépendance**, office des publication universitaire, édition 140, Alger, 1980, p 198.

جدول رقم (04): نسبة عدد المعلمات والأستاذات حسب الأطوار بين 2000- 2003

	2000	2003
عدد المعلمين في الطورين الأول والثاني	169.559	167.529
منهم نساء	79.093	81.463
النسبة %	% 46.64	% 48.63
عدد المعلمين في الطور الثالث	102.137	104.329
منهم نساء	51.150	53.462
النسبة %	% 43.64	% 51.24
عدد الأساتذة في التعليم الثانوي	55.888	57.747
منهم نساء	24.264	26.598
النسبة %	% 43.64	% 46.06
المجموع	327.284	329.605
منهم نساء	154.507	161.523
النسبة %	% 47.20	% 46.01

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات: مجلة الأسرة: ص 18.

فمن خلال الإحصائيات المبينة في الجدول يمكن قراءة **واقع عمل المرأة في مجال التعليم** الذي يتطور باستمرار إذا قورنت نسبة النساء الأستاذات والمعلمات لعام 2003 وعلى هذه الإحصائيات يتضح أن **مجال التعليم يعد مجالا مفضلا للنساء** بالإضافة إلى **أنها تساهم في تربية وتعليم أجيال المجتمع** وعلى أنها تتقاضى أجر كل المجهودات التي تبذلها في هذه العملية، فهي **تؤدي رسالة نبيلة أهلتها إلى استحقاق مرتبة الرجل**، فقد أصبحت النساء تمثلن قطاعا واسعا من النخبة المثقفة في الجزائر إذ يشكلن **نسبة 61% من الحاصلين على شهادات التعليم العالي** حسب إحصائيات **2008** [1].

2/ في المجال الصحي:

حيث يعتبر المجال الصحي من بين المجالات التي أثبتت ومازالت تثبت فيه المرأة جدارتها وكفاءتها بعد مجال التعليم. وعلى هذا الأساس يتم تحقيق مبدأ تحقيق الفرص والقضاء على التمييز الجنسي، والمساهمة في التضامن والمساواة، فهاهي المرأة الجزائرية بتكوينها العالي حققت أعلى المراتب وشغلت مختلف المناصب، كما أثبتت قدرتها وكفاءتها العلمية لاسيما في مجال الصحة[2]، فإقبال المرأة على العمل في القطاع الصحي في تزايد مستمر إذا ما قورنت نسبة مشاركتها مع الرجال وذلك سنة **2000**.

[1]- **http://www.dz.undp.org/evenement/nhder%202008/dossier_press_AR.doc.31juillet2008.**

[2]- عبد العزيز بوتفليقة: **مرجع سابق** (محاضرة).

جدول رقم (05): نسبة مشاركة النساء والرجال في القطاع الصحي لسنة 2000.

التخصص	نساء	%	رجال	%	المجموع
صيدلي	149	%73.76	53	%26.24	202
جراح أسنان	3242	%69.77	1405	%30.23	4647
طبيب عام	6121	%54.29	5154	%45.71	11275
طبيب مختص	2260	%54.39	1895	%45.61	4155

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، مجلة الأسرة، ص 18.

فالإحصائيات المبينة في الجدول تبين أن المرأة تشغل أكبر المناصب في المجال الصحي مقارنة بالرجل وهذا التزايد يتوجه أكثر نحو التخصصات العلمية حيث سجل حضور الفتيات في تخصص العلوم الطبيعية **نسبة 62.17%** وفي العلوم الدقيقة **42.17%** في السنة الجامعية **2000-2001** [1].

مع العلم أن الفتاة عند مزاولة تعليمها في الفروع العلمية هو الذي يسمح لها بالعمل في ميدان الصحة الذي لا يزال يعرف إقبالا كبيرا في السنوات الأخيرة، إذ أصبحت تمثل **نسبة 53%** في **القطاع الصحي** وذلك حسب إحصائيات **2008** [2].

والمرأة بتوجهها إلى مزاولة الأنشطة في القطاعات الصحية وفي مختلف فروعها وتخصصاتها فهي **تقوم بواجب يخدم الفرد والمجتمع** على حد سواء بغض النظر على أنها تتقاضى عليه أجرا ومساهمتها في قوة العمل يحقق لها تطورا في أوضاعها الاجتماعية وراحة في حالتها النفسية وتحسينا لقدراتها الاقتصادية، إضافة إلى أنه مؤشر إيجابي عن مدى إسهامها في عملية الإنتاج[3].

3/ في المجال السياسي:

من بين القضايا التي ظلت تشغل العلماء والمفكرين ومختلف الهيئات الوطنية والدولية ومحاولة إيجاد تفسيرات لها هي مشاركة المرأة في العمل السياسي، فالمرأة الجزائرية استطاعت أن تقتحم وتشغل مناصب في المجال السياسي، وتحت هذا اللواء تطالب المرأة في العصر الحالي بحقوقها كاملة غير منقوصة، منها المساواة التامة مع الرجل... وحق الممارسة السياسية.

وعلى هذا فهناك وجهات نظر حول العمل السياسي والمرأة، هناك من يعطى الحرية المطلقة لممارسة العمل السياسي مهما كان نوعه فلا وجود لعوائق تقف في وجه المرأة لممارسة هذا النشاط، وهناك من يرى أن المرأة لها الحق في التعلم فقط وعليها بعد ذلك المكوث في المنزل والاعتناء بتربية الأطفال ورعاية زوجها، فيرون أن هذا أعظم عمل تقوم به المرأة، ولا يعد حرمانها أو منعها من العمل خارج البيت مهما كان مجاله عرقلة لطموحاتها، وهناك من يقف وسطا بين الطرفين فهو يؤمن

[1]– مجلة الأسرة: **مرجع سابق**، ص 11.

[2]- http://www.dz.undp.org/**OpCite**.

[3]– محمد سيد فهمي: **المشاركة الاجتماعية والسياسية للمرأة في العالم الثالث**، الإمارات المتحدة، 2004، ص 123.

بحق المرأة في العمل خارج المنزل إذ لا يوجد ما يمنعها من العمل إلا أن هناك شروط تفرض عليها من أجل التوفيق بين عملها خارج البيت وداخله نذكر منها: ألا يعود عملها هذا مفسدة على المجتمع كانتشار البطالة والفساد الخلقي في المؤسسات، وأن لا يتعارض مع وظيفتها الأساسية من تربية الأبناء ورعاية الزوج وشؤون المنزل. وعلى هذا الأساس يمكن القول أنه ليس هناك أداة تفرق بين الرجل والمرأة في العمل السياسي كونها تتمتع بنفس الحقوق وملزمة بنفس الواجبات... ويمكن القول أن مشاركة المرأة في العمل السياسي في الدول العربية قدرت بـــ6% أما في الدول الآسيوية قدرت بـــ 14% بالنسبة للدول الأوروبية تقدر بـــ40%.

بالرغم من أن نسبة مشاركة المرأة في الدول العربية هي نسبة ضئيلة إذا ما قورنت بالدول الآسيوية والأوروبية إلا أنها مقبولة نوعا ما بالرجوع إلى صيغة المجتمعات العربية ولأسباب تاريخية بالدرجة الأولى التي كانت وراء تراجع مكانة المرأة وما هي عليه الآن، وكذا إلى نوعية التنشئة الاجتماعية التي تتلقاها المرأة في المجتمع الجزائري. ويمكن ملاحظة تطور مشاركة النساء في الانتخابات التشريعية فيما يلي:

جدول رقم (06): مشاركة النساء في الانتخابات التشريعية (1997- 2002)

/	1997		2002	
/	**مترشحات**	**منتخبات**	**مترشحات**	**منتخبات**
المجالس الشعبية البلدية	1281	75	3679	147
المجالس الشعبية الولائية	505	62	2684	113
المجلس الشعبي الوطني	322	11	694	27

المصدر: التقرير الوطني حول التنمية البشرية 2002، رسالة الأسرة.

من خلال معطيات هذا الجدول لاحظت أن نسبة مشاركة المرأة في الانتخابات في تزايد مستمر إلا أن اقتحامها المجال السياسي ومشاركتها في اتخاذ القرارات أمر حديث النشأة، فكلما زادت مشاركة المرأة في الحياة السياسية، كلما اقتربنا من الحكم الصالح والرشيد على حد تعبير مصطفى بشير فمشاركة المرأة في صنع القرار يعد مقياسا للديمقراطية[1].

إلا أنه هناك من يرى العكس فيقول: إذا كانت الديمقراطية تسير جنبا إلى جنب مع مشاركة المرأة في صنع القرار، فمعنى ذلك أن الطريق مازال طويلا أمام كل مجتمع لتحقيق الديمقراطية الحقيقية.[2] ويمكن القول أن نسبة مشاركة المرأة في صنع القرار قد بلغت أكثر من 49%.[3]

---

[1]- علياء شكري وآخرون: **المرأة والمجتمع من وجهة نظر علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، مصر 1998، ص 109.

[2]- أحمد زايد. فاتن أحمد علي وآخرون: **مركز البحوث والدراسات الاجتماعية**، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ط1، 2002، ص 3.

[3]- عاشور فني: **ترقية المرأة في الجزائر**، رسالة الأسرة، 2004، ص 35.

بالإضافة إلى رغبة المرأة في مزاولة النشاط السياسي لا تفوق رغبة الرجل إلا أن المجتمع يعتبر أن المجال السياسي من اختصاص الرجال والأنسب لهم ويمكن الرجوع إلى القول التالي: "...هناك نسبة من النساء يردن الالتحاق بالحياة السياسية، وبالرغم من ذلك وفي الوقت الذي يستطيع حقا الرجال ممارسته على أكمل وجه، وبإمكانهم الالتحاق به في مكان المرأة..".[1]

فالمرأة وبمشاركتها في العمل السياسي وعلى الرغم من أن الدستور أكد على مبدأ المساواة بين الجنسين فهناك بعض الرواسب الاجتماعية التي يحددها نمط تسيير المجتمع، لا تزال تحد من إدماج المرأة في الحياة السياسية[2]. وبالرغم من النجاحات المسجلة التي حققتها المرأة في اقتحامها للمجال السياسي إلا أنه ما يزال حكرا على الرجال وذلك لطبيعة المجتمع الجزائري، وإلى عاداته وتقاليده التي تقف عائقا في سبيل مشاركة المرأة في العمل السياسي مثلها مثل الرجل. وحسب إحصائيات **2008** وصلت نسبة النساء إلى **32%** ممن يتولين **مسؤوليات سامية في الدولة**[3].

4/ في مجال الأمن الوطني:

إلى جانب المجالات السابقة هناك مجال هام اقتحمته المرأة وهو مجال الأمن الوطني، فالمرأة ثابرت ووقفت أمام كل العوائق التي تحول دون اقتحامها لمختلف المجلات منها مجال الأمن الوطني، فقد حان الوقت للمرأة الجزائرية أن تبرهن على القدرة الهائلة والممكنة التي تميزها عن الرجل لتصل إلى أعلى المراتب في الدولة[4].

فتأكيدا لرغبة المرأة في التفوق والبروز والنجاح، نجدها قد انضمت إلى ميادين عمل أخرى كانت من قبل مخصصة للرجال فقط، مثل مساهمتها في سلك الأمن الوطني عام **1974** في إطار مفتشيات الشرطة ثم حارسات الأمن العمومي ثم ضابطات الأمن الوطني إضافة إلى مشاركتها في قطاع الجيش الوطني الشعبي، ثم ظهورها ونجاحها في السلاح الجوي[5]، فقد وصل عدد النساء في سلك الأمن **6973** موزعة في الجدول التالي:

---

[1]- Hélène Vandevelde **:** **OpCite**, p 419.

[2]- مجلة الأسرة: **مرجع سابق**، ص 21.

[3]- http://www.dz.undp.org/**OpCite.**

[4]- عبد العزيز بوتفليقة: **مرجع سابق (محاضرة).**

[5]- مجلة الأسرة: **مرجع سابق**، ص 49.

جدول رقم (07): مشاركة النساء في سلك الأمن

الأسلاك	العدد
عميد أول شرطة	01
محافظ شرطة رئيسي	05
محافظة شرطة	32
ضابطة شرطة	398
ضابطة شرطة الأمن العام	02
مفتشة شرطة	704
محتفظ رئيسي للأمن العمومي	17
محقق رئيسي للشرطة	103
حافظ الأمن العمومي	48
محقق شرطة	81
عون للأمن العمومي	2850
المجموع	4271
/ (لم تصرح)	2732
المجموع العام	**6973**

المصدر: مجلة الأسرة، ص 14.

بالرجوع إلى هذه الأرقام تعتبر مشاركة هائلة في مختلف الأسلاك إذا ما اعتبر أن دخولها إلى العمل في مجال الأمن الوطني لم يعرف إلا حديثا، أما إذا قارناها بنسبة الرجال فنجدها ضئيلة وذلك كون مجال الشرطة هو مجال يتطلب إلى قوة رجالية، إلا أن هذا لا يمنع من المرأة أثبتت كفاءة وجدارة في هذا المجال رغم نسبتها القليلة نوعا ما.

5/ في مجال القضاء:

تعتبر مهنة القضاء من بين المهن التي كانت ولا تزال إلى حد كبير حكرا على الرجل، إلى أن هذا الاحتكار لم يمنعها من الاهتمام بمجال القضاء والمشاركة فيه، فقد بلغت نسبة النساء في مجال القضاء، **34%**[1] هي المستخدمين في هذا القطاع الحيوي، فهي نسبة لا بأس بها إذا ما قارنا بالسنوات الماضية، فهي نسب تتزايد من سنة لأخرى وذلك بسبب التقدم والتحرر في مختلف الميادين، بسبب طموح المرأة وجهادها على مواصلة تعليمها الذي أهلها إلى تبوء عدة مناصب في الحكم والجدول التالي يبين توزيع النساء على مختلف المناصب في مجال القضاء.

---

[1]– مجلة الأسرة: **مرجع سابق**، ص 13.

جدول رقم (08): عدد النساء في مجال القضاء

المنصب	عدد النساء
رئيس مجلس قضائي	02
رئيس مجلس الدولة	01
رئيسة محكمة	34
وكيل جمهورية	01
قضاة	846
قضاة تحقيق	137
المجموع	**1021**

المصدر: مجلة الأسرة، ص 35.

من خلال هذا الجدول يتضح أن المرأة تمكنت من شغل مناصب قد يعجز الرجال حتى الوصول إليها، فقد أثبتت جدارتها وكفاءتها في مجال القضاء حيث يعتبر حق ممارستها لمجال القضاء حقا طبيعيا وواجبا مقدسا، فعملها في مجال القضاء يساهم في تقدم المجتمع وفي ضمان السلم والأمن والرفاهية لأفراده، وفي تحقيق العدالة الاجتماعية[1]. وحسب إحصائيات **2008** وصلت **نسبة النساء** إلى **37%** في **سلك القضاء**[2]. إلا أن هناك من السلبيات التي تؤثر على نشاط المرأة العاملة سواء مجال القضاء أو في أي مجال آخر وهذه السلبيات قد تدفعها إلى التخلي عن العمل وتركه مرغمة دون اختيار كسعيها للتوفيق بين عملها والقيام بمهامها العائلية، إضافة إلى سلبية بعض الأزواج وعدم مساعدتهم وتعاونهم مع زوجاتهن...فالمرأة تواجه عدة مشاكل وعوائق في حياتها خصوصا إذا كانت متزوجة مما يدفعها في بعض الأحيان إلى ترك عملها مرغمة أو اللجوء إلى الطلاق إذا فضلت عملها على كيانها الأسري.

6/ في مجال البنوك: (مجلس النقد والقرض)

اقتحمت المرأة مجال البنوك وذلك بوصولها إلى منصب نائب محافظ بنك الجزائر، وعضو النقد والقرض، حيث يعتبر أعلى سلطة نقدية في البلاد، ففي **القطاع المالي** أثبتت جدارتها إلا أن نسبتها في هذا القطاع لم تتجاوز **18%** [3] وهي نسبة معتبرة إلى حد كبير، كما نجد أنه من بين الاهتمامات المعتبرة للمرأة هو قطاع الخدمات حتى أصبح ينعت على أنه قطاع نسوي بالدرجة الأولى[4].

حيث يعتبر مجال البنوك تقديم الخدمات نشاطه الأول والأساسي، يعتبر أن الخدمات تشكل موردا هاما لخلق مناصب شغل جديدة خصوصا بالنسبة للعنصر النسوي[5].

1– عبد العزيز بوتفليقة: **مرجع سابق (محاضرة).**

2- http://www.dz.undp.org/**OpCite**.

3– مجلة الأسرة: **مرجع سابق**، ص 18.

4– **بوشناقة أحمد: تخطيط القوى العاملة في الجزائر**، رسالة ماجستير، الجزائر، **1992**، ص **282**.

5– **جميلة بدريسي: تكنولوجيا المعلومات وأثرها على الشغل**، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية الجزائر، **1994**، ص **35**.

فالمرأة أثبتت جدارتها بتفوق من خلال مشاركتها في مختلف المجالات والميادين، فاستطاعت بذلك أن تمحو النظرة التقليدية لعملها خارج المنزل، السبب في ذلك يرجع إلى تعلمها الذي كان وراء كل النجاحات التي حققتها، وأيضا لاقتحامها لكل المجالات ولو بنسب متفارقة. ويمكن صياغة جدول يبين المشاركة النسوية في مجالات العمل المختلفة وذلك حسب إحصاء **1985** حيث توزع مشاركة اليد العاملة النسوية على النحو التالي:

جدول رقم (09): القطاعات التي تشغلها النساء.

القطاعات	عدد العاملات
القطاع الفلاحي	12115
القطاع الصناعي	39469
القطاع البناء	8927
النقل والمواصلات	96670
قطاع التعليم	119359
قطاع الصحة	17640
قطاع الإدارة	44885
قطاع الخدمات	25390
قطاع الخدمات غير التجارية	9682
التجارة	8779
المجموع	**326225 عاملة**

المصدر: مجلة الأسرة، ص 54.

فهذه الأعداد تبرز أهم القطاعات التي تشغلها المرأة بنسب عالية لقطاع التعليم والخدمات إضافة إلى القطاع الصناعي الذي عرف تشغيل اليد العاملة النسوية خاصة بعد الثورة الصناعية أما عن قطاع الثقافة بمختلف فروعه الفنية من رسم وموسيقى وسينما ومسرح، فقد كان حضور المرأة ملحوظا وتفوقها في المجالات الثقافية حقيقة ملموسة، فوجودها بشكل مكثف في مجالات التعليم والإدارة حتى الخدمات قد يكون أفضل دليل على إتقانها لهذه المهن وإلى تناسب هذه المجالات مع طبيعتها كأنثى إلا أنه ورغم كل الإنجازات التي حققتها المرأة في مختلف الميادين حيث بقيت بعض الذهنيات والعقليات في مجتمعاتنا تحد من تصرفاتها وتقف عائقا في سبيل مسيرتها التطلعية، فلابد من التحرر من هذه الأفكار العقيمة للوصول إلى ضمان مستقبل أفضل للمرأة وللمجتمع ككل فالكثير من فئات المجتمع يعتبر خروج المرأة إلى ميادين العمل المختلفة هو تقليد للمرأة الأجنبية ويحصر بذلك الدور الذي تقوم به المرأة الذي لا يتعدى حدود البيت وإنجاب الأطفال.[1]

والجملة التالية تبين الجانب الفعلي الغائب عند فئات المجتمع كثيرة: "... سياسيا، اقتصاديا، واجتماعيا لا نستطيع تجنب النظرة لتطور المرأة الجزائرية، هذا التطور لا يعني إطلاقا تقليدا للمرأة

[1]– جميلة بدريسي: **مرجع سابق**، ص 50.

الغربية والأجنبية...، فنحن من أجل التطور والارتقاء وبغرض أن تلعب المرأة دورا فعالا في جميع الميادين بالقدر الذي يساهم في تحقيق المخططات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية وحتى التقنية منها وهدر هذه الثروة تكون السبب في فساد أو سوء أو تدهور أوضاع مجتمعاتنا.[1]

فرغم التطورات والإنجازات التي أحرزتها المرأة وفي مختلف المجالات إلا أن طبيعتها كأنثى تأتي وطبيعة الثقافة التي اكتسبتها من الأسرة والمجتمع إضافة إلى مبادئها التي تحميها من التأثر أو تقليد قشور حضارة استهلاكية مستوردة من بلدان الغرب. وبهذا فقد حررت الآلة الرجل والمرأة من القوة العضلية، وأسقطت التفاضل بينهما وأصبحت المرأة كالرجل ذات كفاءة مهنية كالطبيبة والمعلمة والمهندسة والعاملة والطيارة والمقاتلة وغيرها بل حتى فدائية تفجر نفسها كقنبلة بشرية.[2]

6- آثار خروج المرأة للعمل:

*** الآثار الايجابية:**

1- المساهمة في تنمية الوطن:

حسب ما تطرقنا إليه سالفًا، إنّ نسبة خروج النساء للعمل في تزايد مستمر، وخاصة بعد فترة الاستقلال، وذلك بهدف المشاركة الفعالة في تنمية الموارد الاقتصادية للجزائر، كما أنّ مشاركتهن للرجل في ميادين الأعمال العامة والخاصة، وذلك ليس بناءا على تقليد المرأة الأوربية والتشبه بها، بقدر ما فرضه التطور والتحديث الذي عرفهما المجتمع الجزائري والذي أدى بدوره إلى زيادة ارتفاع الطلب على الأيدي العاملة المتخصصة، ومن ثمة بدأت المساهمة الفعلية من خلال مشاركة النساء في مختلف الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية...إلخ. أين ارتفعت نسبة تواجدها خاصة في قطاع التعليم والإدارة والخدمات والقضاء والصحة...إلخ وذلك لحاجات التنمية الوطنية إلى مهارات هذه الأخيرة وخبراتها وجهودها المتواصلة جنبا إلى جنب مع أخيها الرجل[3].

2- المساهمة في زيادة الدخل:

إن مشاركة المرأة الجزائرية بشكل واسع في جميع أنواع مجالات وقطاعات العمل أدّى إلى زيادة حركة التنمية وتوجيهها نحو الأفضل. وذلك ما بينته التقارير المنجزة بقسم التخطيط بالجزائر، والتي دلّت على ارتفاع الدخل لاسيما في السنوات الأخيرة، خاصة في المدن ومن ثمة الأرياف على السواء، وارتفاع مقدار النفقات المعيشية الشهرية في الوسطين الحضري والريفي. كما أنّ **المرأة الجزائرية تساهم في دخل الأسرة** وذلك من خلال ظهور النساء كقوة اقتصادية وسياسية بنسبة **70%**

---

[1]- Khelfa Maamri: **Citation du président Boumediene**, Société national l'édition et de diffusion, ALGER, SD. P. 190.

[2]– محمود قمبر: **مستقبل التربية العربية**، مجلة دورية علمية محكمة تعالج قضايا التجديد والإبداع في التنمية البشرية، المجلد 8، العدد 27 أكتوبر 2002، المركز العربي للتعليم والتنمية، ص 279.

[3]- **http://www.ammanjordan.org/a-news/umiew.pdf?Art/D=1162111:31/20avril2010.**

من **المحامين بالجزائر من النساء**، و**60%** من **القضاة** وهناك نسبة لا يستهان بها في المجال الطبي، وذلك أنّهن يساهمن بصفة معتبرة في دخل الأسر أكثر من الرجال، وتوجد نسبة **60%** من **طلاب الجامعات هن نساء**، ويمكنك مشاهدة المرأة الجزائرية في كل مكان وقد بدأن في قيادة الحافلات وسيارات الأجرة، ويخدمن في المطاعم ويعملن بالمحلات التجارية المختلفة، وعلى الرغم من أنّ الرجال يمسكون بكل مقاليد السلطة في الجزائر، ولا يزيد عدد النساء العاملات عن **20 في المائة**، وهو ضعف عددهن في السابق، كما يبدو أنهن قد بدأن في السيطرة على آلية الدولة وأيضا، كما تقول "**دحو جبريل**" ناشرة مجلة النقد وهي مجلة متخصصة في النقد الاجتماعي والتحليل "**أنه إذا ما استمرت هذه الاتجاهات فسنشهد ظاهرة جديدة تصبح فيها الإدارة العامة خاضعة لسلطة النساء**"[1]. وأيضا لم تعد الدراسة الجامعية وسيلة من أجل العمل أو الوضع الجيد للرجال لذا نجد أغلبهم لا يهتمون باستكمال تعليمهم الجامعي بل يحاولون العثور على عمل أو يفكرون في مغادرة البلاد، عكس ما نجده عند النساء على اعتبار أنّ إكمال الدراسة الجامعية تؤدي إلى خروجهن إلى العمل والسماح لهنّ بالحصول على وضع أفضل في المجتمع. لذا يقول أحدهم: "**ربما يكون الناتج اجتماعيا أكثر منه وظيفيا**"[2].

3- المشاركة في الأعباء المالية للزوج:

إنّ عمل المرأة أصبح دعما اقتصاديا قويا للأسرة الجزائرية، في ظل غلاء المعيشة وهو الدافع الرئيسي لخروجها للعمل، وبالنظر لازدياد متطلبات الحياة اليومية وتطورها في ظل النظام الرأسمالي، وبالتالي أصبح عمل المرأة ضرورة ملحة إلى جانب عمل زوجها في توفير النفقات اليومية للأسرة، مع العلم أنه في الأصل الزوج هو الذي يتحمل نفقات المنزل كاملة، إلاّ أنّ الزوجة يمكنها أن تتحمل النفقات الإضافية من باب التطوع منها على ذلك، وذلك من شأنه أن يزيد من المودة والرأفة بين الزوجين في كل الظروف والأحوال كما يقول المثل المتداول "**أن يعيشا على الحلو والمر معًا**".

- **الآثار السلبية:**

لعمل المرأة خارج منزلها آثارا سلبية بجانب الآثار الإيجابية، قد تفوق خطورتها وأهميتها الآثار السالفة الذكر ونبرز ها بنوع من التفصيل فيما يلي:

آثار عمل المرأة على الأسرة:

1- أثر عمل المرأة على الأولاد: عادة ما تخرج المرأة للعمل تاركة أولادها، وشؤونها المنزلية، الأمر الذي يتطلب منها تدبير ما خلّفته وراءها، فهي إما ترسل أولادها إلى دور الحضانة وإمّا تجلب خادمة تساعدها، على اعتبار أنّ المرأة الماكثة بالبيت لها كل الوقت في رعاية أبنائها والاهتمام

1- http://www.amanjordan.org /**OpCite**.
2- **Ibid**.

بشؤونهم وتلبية حاجاتهم المختلفة في أي وقت ممكن على خلاف المرأة العاملة فهي لا تجد وقتا لتلبية حاجيات أبنائها وذلك أن العمل يأخذ جل وقتها. لكن هذه النظرة السلبية تختفي تدريجيا إذ أنّ المرأة العاملة تستطيع منح أبنائها فرصة الاعتماد على الذات والاستقلال ليصبحوا قادرين على تحمل المسؤولية في غيابها ويبقى تأثير عمل المرأة على الأبناء يختلف حسب طبيعة العمل الذي تقوم به وعدد ساعات العمل ومدى بعد مقر العمل عن البيت، وهو أمر غير مستحب غياب الأم عن أطفالها لمدة أطول مع العلم أن الطفل لا يحتاج إلى الأكل والنظافة والنوم فقط بقدر ما يحتاج إلى الحنان وعاطفة الأمومة الجيّاشة وهو شيء لا يُباع أو يُكتسب لأنّه فطرة من الله منحها للمرأة بالخصوص.

2- أثر عمل المرأة على نفسها: إنّ المرأة العاملة وبسبب كثرة وتعدد المسؤوليات الملقاة على عاتقها، فإنها تصاب بالإرهاق المؤدي إلى الضغط النفسي، كما أنّ تفانيها في العمل يُرجِّح الكفة على الأولاد والزوج خصوصا ومنزلها عموما، فلا تقدر على الأداء الجيد بسبب إرهاقها من العمل، بالتالي تصبح غير قادرة على التوفيق بين عملها في الخارج والتزاماتها المنزلية. وإذا حدث العكس فإنّ عملها سيتأثر بتأخرها وكثرة غيابها أو بخروجها المبكر من مكان العمل، أضف إلى ذلك كله الإرهاق والضغط النفسي وتوتر الأعصاب الذين يلاحقانها في المنزل ومكان العمل. بين ثنائية الدورين الملتصقين بها، وكذا تجد المرأة العاملة نفسها في دوامة صراع يومية بين العمل ومسؤولياتها تجاه أولادها (تربيتهم، رعايتهم، مساعدتهم في دروسهم...) وبين ما يريده الزوج من حنان وتلطيف الجو المنزلي إثر عودة الزوج محملا بضغوطات عمله، وبين ما يحتاجه المنزل من تنظيف وترتيب...إلخ.

3- أثر عمل المرأة على الزوج: إنّ ارتباط الأثرين الأوليين بهذا الأثر يؤثر على نفسية الزوج خاصة عندما يرى أولاده ضائعين بين خادمة عديمة الإحساس، تائهين عن دروسهم بين التلفاز والألعاب ما يتولد عنه إرهاق نفسي للزوج هذا بالنسبة للأثر الأول أما الأثر الثاني فيتمثل في إهمال شؤون المنزل وإهمال المرأة نفسها مما يبعث في نفس الرجل الملل في الحياة اليومية الروتينية مع زوجة عاملة لا تهتم بنفسها في البيت بقدر ما تهتم بزينتها للخروج للعمل، وأخيرا حينما يرى زوجته العاملة مرهقة من عملها، تزيدها أعباء ومسؤوليات المنزل إرهاقا، مما يدخله في دوامة مستمرة، في خضم هذه الأجواء لا يجد لنفسه مقاما، أن يبوح باحتياجاته النفسية تجاه زوجته مما ينجر عن ذلك عوامل أخرى كالخصام المستمر والقلق وتشوش حياتهم الأسرية والتي تعود بالسلب على الأبناء خاصة[1].

4- الطلاق: هناك عوامل داخلية مثل الخصام المستمر والقلق الذي يعيشه أحد الزوجين، وعدم الالتزام بتعاليم الدين، أما العوامل الخارجية فيتمثل في عمل المرأة وهو موضوع الدراسة الحالية إضافة إلى مشاركة المرأة في الأنشطة المختلفة، وتدخل الطرف الثالث بينهما (الأم، الأخت...إلخ) كما

1- http://www.amanjordan.org /**OpCite**.

أنّ نسبة الطلاق أكثر ما يكون بين المتزوجين الجدد وهم في مقتبل العمر، وفي حالة عدم توافق المستوى التعليمي للزوجين، وعدم تقبل فكرة عدم عمل الزوج، وعموما المشاكل المالية وأزمة البطالة والسكن...إلخ[1].

رابعا: المرأة والصحة في الجزائر:

*** بداية الاهتمام بالمسألة السكانية من خلال صحة المرأة: (الزيادة السكانية وصحة المرأة).**

برز مفهوم صحة المرأة مع بداية اهتمام العالم بمسألة الزيادة السكانية في دول العالم الثالث، فتركزت نتيجة ذلك حملات الأمم المتحدة حول "**صحة المرأة**" باعتبارها المحك الأول للخصوبة والزيادة السكانية، لذا بادرت الاتفاقيات والمؤتمرات الدولية لتدعو الحكومات إلى مراعاة الحقوق الإنجابية للمرأة في دساتيرها وقوانينها.

وقد عَرَّفت **منظمة الأمم المتحدة** صحة المرأة بأنها: "**حالة من العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليست فقط غياب المرض أو الضعف، وتتضمن صحة المرأة عافيتها العاطفية والاجتماعية والجسدية، وتتجدد بالمحيط الاجتماعي والسياسي، الاقتصادي لحياتهما، إضافة إلى تكوينها الجسدي**".[2]

كما اعتبرت المنظمة أنّ "متوسط العمر المتوقع، الخصوبة، معدلات وفيات الأمهات الرضع" من أفضل المؤشرات الدالة على وضع الصحة والخدمات الصحية في المجتمع، وانطلاقا من افتراض مؤداه أنّ (النساء يعشن فترة أطول من الرجال في المتوسط)[3].

1- وضع قطاع الصحة في الجزائر:

أشارت إحصائيات فترة الاستقلال أن الجزائر احتوت طبيبا واحدا لكل 33 ألف شخص، (300 طبيب في كل الجزائر)، وممرضا واحد لكل 40 ألف نسمة، رغم أنها بذلت جهودا ضخمة في هذا المجال، حسب الإحصائيات المتوفرة بعد الاستقلال، أن الجزائر لا تتوفر على القدر الكافي من الأطباء حيث يوجد (طبيب واحد لكل ألف نسمة) عدد الأسِّرة (21 لكل ألف مريض)، كما يلاحظ نقص في المياه الصالحة للشرب (87% من السكان فقط) كذلك مشكل الصرف الصحي (92% من السكان). ونظرا للتشكيلة الشبابية لسكان الجزائر، أولت الدولة رعايتها من أجل توفير تدعيم سياسة الوقاية ونظام العيادات والمستوصفات، بدل المستشفيات الضخمة. حيث تسهر وزارة الصحة على حملات التطعيم المجانية لكن ضعف الصرف الصحي والمياه القذرة مازال الهاجس الناقل لأمراض السل، التهاب الكبد، الحصبة، حمى التيفوئيد، الكوليرا، حيث تنتشر العدوى بسرعة فائقة نتيجة غياب التوعية

---

[1]- **تحليل شخصي للطالبة.**

[2]- خلف منى شمالي: **تقييم وضع المرأة اللبنانية في ضوء منهاج عمل بيجين**، اليونيفيم، د. ب، 2002، ص28.

[3]- **المرأة العربية والتنمية في غربي آسيا:** 96- 97 م الإسكوا، د.ب، د.ط، د.س، ص 91.

كل الأمراض، ومن أبرز الأحداث تتسم أكثر من 300 فرد من العون العمومي دفعة واحدة بفيروس اللوزتان الأبيض.[1]

*** عوامل انخفاض المستوى الصحي في الجزائر قبل الاستقلال:**

1- انخفاض المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة، حيث أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة ارتفعت معدلات الخصوبة ومن ثمة ترتفع المخاطر الصحية للأم والطفل معا والعكس صحيح.

2- نقص حملات التوعية الناجعة بأهمية تطعيم الأطفال وتحصينهم ضد الأمراض، وذلك يترتب عنه ارتفاع نسبة وفيات الأطفال.

3- تعرض الأفراد للمخاطر الصحية بسبب تردي المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهم.

4- لجوء نسبة كبيرة من الأمهات – في السابق- إلى الولادة بالمنازل ودون إشراف طبي مما يترتب عن ذلك تدهور الظروف الصحية للأمهات وارتفاع معدلات وفيات الأطفال وخاصة حديثي الولادة.

5- عدم وجود سياسات صحية مستقرة وبرامج ومشروعات مخططة على أساس تحقيق أهداف إستراتيجية خاصة بقطاع الصحة[2].

2- الاهتمامات الكبرى حول الصحة الإنجابية:

في السابق كان موضوع الصحة الإنجابية يعتبر ضمن الموضوعات الهامة والرئيسية التي تكتسبها العديد من الدراسات مع العلم أنّ الاهتمام بهذا الموضوع يهدف لاستعراض أسباب وفيات الأمهات، وأمراض الحمل والولادة والكشف عن النتائج المترتبة على وفيات المواليد حديثي الولادة والأطفال دون خمس سنوات. مما يترتب عن ذلك ارتفاع معدلات الولادات بهدف الإبقاء على عدد معين، وخوفا من فقد وموت الأغلبية خاصة بعد انتشار العديد من الأمراض والحروب والمجاعات آنذاك. كما لا يقتصر مؤشر الصحة الإنجابية على النواحي الجنسية و الإنجابية للمرأة، بل أن بعض التعريفات التي أطلقت هذا المفهوم جعلته يشمل "حقوق المرأة ومساواتها بالرجل"، وبيان دور وسائل الإعلام في دعم هذه الحقوق، حيث كان من بين الاتفاقيات التي تبنت "موضوع الصحة الإنجابية" اتفاقية "القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة" التي ألزمت الدول الموقعة عليها بتطوير قوانين الأسرة حتى تضمن للمرأة حقوقها في أن "تقرر بحرية وبمسؤولية تامة عدد أطفالها واختبار الفترة بين

[1]- Journal liberté en France : **Les en jeux politiques du système de santé**, p. 10.

[2]- **http://www.m.aou4.com/data/lessons/GR112/genqp3doc**.

إنجاب طفل آخر، وفي الحصول على المعلومات والتعليم والوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق"[1] **(المادة 16: من اتفاقية القضاء على أشكال التمييز ضد المرأة م.س موقع اليونيفيم).**

ومن المؤتمرات الدولية التي اهتمت بمسألة الحقوق الإنجابية للمرأة المؤتمران التاليان:

مؤتمر السكان والتنمية (القاهرة 1994) ومؤتمر بكين (1995).

1/ مؤتمر السكان التنمية (القاهرة 1994):

حيث وضّح معنى مصطلح الصحة الإنجابية **Reproductive health** من خلال تقديمه لهذا التعريف الشامل على أنه: "حالة من رفاه كامل بدنيا وذهنيا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض والإعاقة".

* **أهداف المؤتمر ومواضيعه المقترحة:** السكان، التنبؤ الاقتصادي، التنمية، التعليم، المساواة بين الجنسين، الأسرة أدوارها وحقوقها.

* **مسألة الصحة الإنجابية وأبرز قضاياها المطروحة:** الحقوق الإنجابية، تنظيم الأسرة، الأمراض المتنقلة جنسيا، النشاط الجنسي البشري والعلاقات بين الجنسيين، المراهقين، الرعاية الصحية من أجل المحافظة على صحة الطفل والمرأة والأمومة السليمة[2].

* **النتائج الإيجابية للمؤتمر:** توصل هذا المؤتمر إلى نتيجة هامة هي أن القدرة على تخطيط مدى التباعد بين الولادات، وعدد مرات الحمل يؤثر تأثيرا إيجابيا ليس في أدوار المرأة الإنجابية فحسب بل في أدوارها الإنتاجية كذلك، من حيث قدرتها على المشاركة في الحياة الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والسياسية لمجتمعها.

* **توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:** فيما يخص "الصحة الإنجابية" ما يلي:

– إدماج برامج تنظيم الأسرة ضمن خدمات الصحة الإنجابية، وإقناع العالم بتعاليم المرأة وتمكينها على اعتبارها من أكثر الوسائل فعالية في تخفيض معدلات النمو السكاني، وتعزيز التنمية المستدامة للبلدان. وذلك انطلاقا من أنّ التعليم الثانوي وما بعده، يساعد المرأة على اتخاذ قرارات أكثر استنارة بخصوص العدد المرغوب فيه من أطفال، كما أنّ فرص المرأة في العمل تزداد بارتفاع المستويات التعليمية العليا[3]، وأيضا المرأة المتعلمة تميل إلى تأخير سن الزواج، بعد الزواج تكتفي بعدد

---

[1] – نهى القاطرجي: **المرأة في منظومة الأمم المتحدة رؤية إسلامية**، بيروت، لبنان، ط1، 2006، ص 351.

[2] – حوا، هدى: **مؤشرات لأولويات الإعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الإنجابية** ، الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة للسكان في لبنان، 2001، ص9.

[3] – **المرأة العربية:** 1995، اتجاهات وإحصاءات ومؤشرات، الأمم المتحدة، د.ط، د.س، ص 13.

قليل من الأطفال، وتكون أكثر وعيا بطرق استخدام وسائل منع الحمل، وتفضل الوسائل الأحدث والأقل ضررا على صحتها، عكس المرأة غير المتعلمة (الأمية أو التي نالت قسطا ضئيلا من التعليم).

– الدعوة إلى إباحة الإجهاض وإعطائه صبغة قانونية، لاقت هذه النقطة بالذات معارضة شديدة من طرف الكثير من الدول في مقدمتها دول داخل الولايات الأمريكية وغيرها.

– التشجيع على التربية الجنسية داخل المدارس، ينبغي على البلدان بدعم من المجتمع الدولي أن تحمي وتعزز حقوق المراهقين في التربية والمعلومات والرعاية المتصلة بالصحة الجنسية والتناسلية، هذا البند تلقى اعتراضات وصلت إلى حد المواجهة الساخنة بين دول أمريكا من خلال المؤدين والمعارضين لتلك الفكرة، بينما كان أحد الدكاترة يلقي محاضراته عن التعليم الجنسي انفجرت فيه السيدة "دالي أولياري" هي كاتبة أمريكية ومؤسسة جمعية "الأمهات الصغيرات" محذرة "إياه من ترديد هذه الأفكار بين مجتمعات إسلامية تعارض عاداتها ومبادئها هذه الزيجات... وانسحبت هذه السيدة من الندوة غاضبة".[1]

– الزيادة الملموسة في تمويل الأنشطة السكانية من طرف الدول الغربية مما تم الاستغناء عن هذا البند، فمؤتمر السكان نفسه ساهمت الو.م.أ في تمويله، كما أنها تزعمت منذ الستينات مساعدة البلدان الفقيرة في تطوير السياسات السكانية وتطبيق برامج تنظيم الأسرة بها، وساهمت في تأسيس صندوق السكان التابع للأمم المتحدة[2] وأهم نتائج تلك المساعدات الأمريكية هو الزيادة السريعة في استعمال وسائل منع الحمل مما أدى إلى انخفاض معدلات المواليد في أكثر من 28 دولة التي تستلم تلك المعونات الأمريكية، وتناقص متوسط عدد أفراد الأسرة من **6 أطفال** إلى **4 أطفال**، وفي كولومبيا واندونيسيا والمكسيك أصبح متوسط عدد أفراد الأسرة تقريبا **3 أطفال** في تايوان وتايلندا في حدود طفلين ولم يعودا بحاجة لمعونة أمريكية.[3]

تعقيب: يبدو أن الدول الغربية والو.م.أ تسعى لفرض هيمنتها الثقافية على العالم، ويتجلى قوة وعظمة الدول العربية من خلال رفضها للعديد من بنود ذلك المؤتمر، وذلك من خلال ما صرح به **المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية** الدكتور **حسين الجزائري**: "**أن هدف تلك الدول هو فرض هيمنتها وقيمتها التي ترفضها ملايين البشر، معرضة بذلك سائر شعوب الأرض إلى ما تعرضت إليه شعوبها هي، من تزعزع السكينة والمودة والرحمة واضمحلال الأسرة، وانتشار الاتجار بالبغاء**

---

[1]– **أسرار ومفاجآت أخطر مؤتمر عن السكان:** مجلة المجتمع الكويتية، العدد 1117، 20 سبتمبر 1994، م. س، ص21.

[2]– **المؤتمرات الدولية والخطوط الحمر وصراع القيم:** م. س، موقع "مفكرة الإسلام".

[3]– **نفس المرجع.**

والحروب والجرائم المختلفة، ومن انتزاع سلطة الأسرة الحقيقية في ضمان النشأة السوية للأفراد وإطلاق العنان للأفراد أن يقعوا فريسة العنف والمخدرات والسرقة والفحشاء".[1]

2/ مؤتمر بكين (1995):

أهم ما طالب به هذا المؤتمر هو ضرورة تكاتف الدول المشاركة من أجل تبيان أهمية الصحة العامة والغذاء الجيد والتوعية حول المخاطر الصحية والمشاكل الصحية الأخرى المتعلقة بالحمل المبكر، وتماشيا مع تلك التوصيات تم تحديد مؤشرات خاصة لقياس مدى تمتع مجتمع ما بصحة جيدة، إضافة إلى مراقبة سوء التغذية عند الفتيان والفتيات الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات أو أقل، وهناك عوامل أخرى تشير إلى الصحة الإنجابية للمرأة.

أ- **الخصوبة عند المراهقات:** حيث تم التشجيع على الحد من خصوبة الفتيات بطريقة تتماشى وخصوصيات كل بلد، ومن تلك الطرق المتبعة ما يلي:

* **منع الزواج المبكر ورفع سن الزواج:** وذلك ما يوضحه المسح اللبناني لصحة الأم والطفل الذي قامت به وزارة الصحة سنة 1996 ومن نتائجه أنه كلما ارتفع معدل سن الزواج الأول يصاحبه انخفاض في عدد حالات الحمل المبكر.

* **التشجيع على تحديد النسل:** وذلك عبر التوعية الإعلامية وتوزيع وسائل منع الحمل، أو تغيير القوانين لصالح هذه الدعوة، وذلك ما أبرزته إحصائيات 1997 حول الأحوال المعيشية للأسر اللبنانية حيث وجد أنّ نسبة 61% من النساء المتزوجات كنّ قد استعملن وسائل منع الحمل في الوقت الذي أجرى فيه الإحصاء.[2]

ب- **تأمين حياة جنسية مأمونة:** التشديد على الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالحياة الجنسية، والسبب يرجع إلى تفاقم المشكلات الخطيرة التي تتعرض لها الفتيات العازبات ومنها ظاهرة الاغتصاب وخاصة للقصّر، أو زواج فتيات صغيرات السن من رجال أكبر سنا مما يعرض حياتهن إلى الخطر، حيث تشير إحدى الدراسات إلى ارتفاع نسبة الوفيات بسبب الحمل عند النساء المتزوجات صغيرات السن، إضافة إلى انتشار مرض الإيدز بين النساء في أنحاء العالم وخاصة في بلدان الصحراء الإفريقية، مما يجعل قضية ضبط العلاقات الجنسية للنساء أمرا ملحا يتطلب التدخل السريع من طرف الدول العربية.

جـــ- وفيات الأمهات والأطفال: إنّ الربط بين وفيات الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية يعدّ الدليل الأوضح للتمييز ضد النساء في كثير من مناطق العالم، وذلك لكونهن يتلقين غذاء غير متكامل

---

[1]- مطلق عبده: **النمو السكاني وتنظيم الأسرة**، مؤتمر السكان العالمي، مؤسسة فريديريش ناومان، بيروت لبنان، 1995، ص 30- 31.

[2]- خلف منى شمالي: **مرجع سابق**، ص 29.

وخدمات صحية أقل وتعلما أدنى من الفتيان والرجال، كما أنهنّ لا يتمتعنّ بسهولة الحصول على المعلومات و التوعية اللازمة لتمكينهن من اتخاذ قرارات تتصل بحياتهن، مما يجعلهن عرضة للعديد من الأمراض الفتاكة والمؤدية في الغالب إلى الموت وهذا ما يتطلب أيضا التدخل السريع من طرف الهيئات الحكومية بضرورة الاهتمام بالجانب الصحي وخدمات الأمومة[1] وفي هذه القضية بالذات تشير الإحصاءات إلى أنّ: "نسبة الأزواج الذين لا تتوفر لديهم خدمات التنظيم الأسري في العالم تقدر بـــ 3 ملايين"، كما أكدت أنه من بين 910000 من حوادث الحمل التي تحدث يوميا في العلم، نجد نصفها غير مخطط لها، وحوالي 25% غير مرغوب فيها، حيث تنتهي حوالي 150000 امرأة حامل يوميا إلى الإجهاض، كما أنّ 1/3 هذا العدد يتم إجهاضه في ظروف غير مناسبة، وتموت حوالي 500 امرأة يوميا في العالم بسبب الإجهاض في ظل ظروف متدهورة جدا، ووجد أنّ عدد النساء اللواتي يمتن في كل عام حوالي 500000 امرأة بسبب حوادث كان في الإمكان تجنب غالبيتها تتعلق بعدم تنظيم النسل خاصة في حالة مرض الأم أو الطفل، أو بسبب مضاعفات الحمل المتكرر والولادة[2].

* **الموقف الإسلامي من مفهوم الصحة الإنجابية:** من الأمور التي يعترض عليها الإسلام ما يلي:

1- مصطلح "الصحة الإنجابية" التي يمكن قراءتها من زاوية أخرى وهي "الصحة الجنسية" أي بدلا من الدعوة إلى العفة وصيانة الذات، والارتقاء بالنفس البشرية ورغباتها، كما يرفض الموقف الإسلامي الكثير من وثائق مؤتمرات الأمم المتحدة الخاصة بالمرأة على اعتبار الإجهاض وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.[3]

2- الدعوة إلى تحديد النسل المخالفة لأحكام الشريعة الإسلامية، والتي تعتبر الولد نعمة من نِعم الله تعالى، الذي جاء في معنى قوله العزيز بالنهي عن قتل الأولاد خشية الفقر[4]، وذلك ما يوضحه قوله تعالى: "**قد خسر الذين قتلوا أولادهم سفها بغير علم وحرموا ما رزقهم الله افتراء على الله قد ضلوا وما كانوا مهتدين**".[5]

3- النتائج المترتبة عن إباحة وسائل منع الحمل وأبرزها الإجهاض وبروز ظاهرة الإجهاض الانتقائي للأطفال حيث تبدو المعارضة الشديدة للإسلام من تلك القضية المنافية لتعاليم الدين الإسلامي.

4- تجزئة النظرة إلى مفهوم صحة المرأة واختزالها بموضوع الصحة الإنجابية فقط من خلال 3 عوامل رئيسية:

---

[1]- **ملخص شخصي للطالبة.**

[2]- **اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة:** م. س، موقع اليونيفيم.

[3]- **التقرير البديل** (تابع ملف مؤتمر بكين المجموعة 5+): مقدم من اللجنة الإسلامية العالمية للمرأة والصحة، ص3.

[4]- الجندي أنور: **مؤامرة تحديد النسل وأسطورة الانفجار السكاني**، دار الاعتصام ، د ب، د ط، 1983، ص 19.

[5]- **سورة الأنعام الآية 140.**

العامل الأول: تم اختزال موضوع الصحة الإنجابية نفسه بالخصوبة والأمومة أساسا، أما الجوانب الأخرى من الصحة الإنجابية **مثلا:** كأمراض النساء لم تحظى بالاهتمام المطلوب في بلدنا، وذلك ما أكدته العديد من الدراسات حول الانتشار الكبير لتلك الأمراض إضافة إلى عدم الاهتمام بالنساء ما بعد سن الخمسين والنساء غير المتزوجات.

* **العامل الثاني:** هو تغليب وفرض النظرة السلبية للمرض في مفهوم الصحة، وإعطاء الاهتمام الأكبر للأمراض التي تؤدي إلى الموت مع إهمال تأثير بعض الأمراض غير القاتلة على توعية حياة المرأة (المرض النفسي، المرض العقلي).

* **العامل الثالث:** أيضا اعتماد المنظور السلبي للمرض واقتباس المفهوم الطبي للمرض، حيث أهملت النساء نظرتهن إلى المرض وإلى مشاكلهن الصحية، أكدت الدراسات أنّ نظرة المرأة إلى صحتها هي أكثر شمولية في نطاقها من المفهوم الطبي للصحة[1].

5- مخاطر هذه الدعوة على صحة المرأة الجسدية والنفسية التي تدعِّي الأمم المتحدة حمايتها، وفي هذا الإطار يمكن الاستشهاد بنتائج التجارب التي أجريت على وسائل منع الحمل التي أوردتها إحدى الدكاترة وهي "ماري شارليد" حيث تبين أن هذه الوسائل سواء أكانت اللولبيات المعدنية أو الأقراص أو العقاقير القاتلة للحيوانات المنوية، أو حواجز المطاط وغيرها، وإن كانت المرأة لا تتعرض باستخدامها لضرر فوري ظاهري، ولكنها إذا ظلت تستخدمها لفترة أطول، فلا بد أن يصيبها الانهيار العصبي قبل أن تبلغ سن الكهولة، ومن أبرز النتائج المترتبة عن استخدام بعض الأنواع من وسائل منع الحمل، التذمر، القلق، الأرق وتوتر الأعصاب وتشوش الفكر وهجوم الأحزان وضعف القلب ونقص الدورة الدموية وشلل اليدين والرجلين أحيانا والتهاب الجسد واضطراب العادة الشهرية.[2]

ويؤيد هذه الدراسات ما ورد أخيرا في تونس، حيث أدت سياسة التنظيم العائلي المنهجي مع ما تصاحبه من استعمال مفرط لعقاقير منع الحمل وعمليات الإجهاض المتواصل وعمليات ربط الأرحام، إلى انتشار داء السرطان بين التونسيات[3].

أما المخاطر النفسية فقد أورد الدكتور "أزوالد شوارز" **(Oswald schwarz)** في كتابه "نفسية الجنس": "أنّ كل عضو من جسدنا يجب أن يقوم بوظيفته، وعلى هذا فإنه إذا حيل بينه وبين أن يقوم بوظيفته، فلا بد أن يختل به التوازن في نظامنا الجسدي، كما أنّ المرأة ليست بحاجة إلى إنجاب الذرية لمجرد أنّ ذلك ما تقتضيه عاطفة الأمومة التي قد فطرت عليه، أو لمجرد أنّها ترى أنّ القيام بهذه الخدمة واجبا على نفسها بناءا على ضابط خلقي مفروض عليها، وإنّما هي بحاجة إليها لأن نظامها

---

[1]- رزيق هدى: **مقاربة شاملة لصحة المرأة**، مجلس كنائس الشرق الأوسط، المرأة مرآة، حلقة استشارية، 2000، ص 26.

[2]- المودودي، أبو الأعلى: **حركة تحديد النسل**، مؤسسة الرسالة، بيروت لبنان، د ط، د س، ص 82.

[3]- **حوار مع منجية العبيدي**: مجلة المجتمع الكويتية العدد 1578، 27 رمضان 1424/ 2003، ص 39.

الجسدي ما بني إلا للقيام بتلك المهمة، فهي إذا منعت أن تقوم بها، فلا بد أن تتأثر شخصيتها كلها بالانقباض والحرمان والهزيمة واليأس المميت".[1]

3_ المرأة والصحة الإنجابية في الجزائر:

إنّ الصحة الإنجابية وحماية الأمومة والطفولة من بين الملفات الأساسية والأولويات الوطنية في مجال الصحة والسكان، وإدراجها ضمن أهداف سياسة الصحة العمومية، من خلال التركيز على التخطيط العائلي الخاص بحماية الأم ومتابعة صحة الأم الحامل قبل وبعد الولادة والقضاء على الأمراض المتنقلة جنسيا أو عبر المياه (MTH) كحمى التيفوئيد والكوليرا والإسهال التهاب الكبد وغيرها، وعليه يضمن قطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في مجال تحسين وضع المرأة والطفولة، تأمين وضع صحي جيد وتعزيز الاستفادة من برامج تنظيم الأسرة، ويتم ذلك عبر المراحل العمرية التالية:

1/ مرحلة الطفولة: هناك برنامج وطني لمكافحة أمراض الأطفال والتقليص من الوفيات حيث كان معدل الوفيات بعد الاستقلال 1000/200، وانخفض مع انطلاقة هذا البرنامج تدريجيا ليصل إلى 1000/34.5 بالنسبة للرضع و1000/38.8 بالنسبة للأطفال الأقل من 5 سنوات ويرتكز هذا البرنامج على 10 برامج فرعية من أهمها:

* البرنامج الوطني للتلقيح حيث بلغت مع بداية سنة 2002 نسبة الأطفال البالغين من 12 إلى 23 شهرا والملقحين تلقيحا شاملا، 90% (تطعيم ضدّ الدرن والجرعات الثلاثة ضد السل والسعال الديكي والحصبة)، أما نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر تطعيم فقد بلغت 97.1%، هذا إضافة إلى برامج تتكفل ببعض الأمراض مثل: الإسهال وتحسين التغذية والتنفس...إلخ.

2/ مرحلة بعد ست سنوات: في هذه الفترة من العمر أهم ما يقوم به القطاع، هو توفير الصحة المدرسية على مستوى 1000 مركز بالتنسيق مع وزارة التربية ومن بين الخدمات المتوفرة في هذا الإطار: التلقيح حول صحة الأسنان، التربية الصحية مثل مكافحة التدخين.

3/ مرحلة الشباب: هناك برامج تقدم لفئة الشباب على مستوى مراكز الإعلام والتنشيط الموجود عبر كامل الوطن.[2]

4_ العلاقة بين الصحة الإنجابية والخصوبة: في هذه المرحلة تؤخذ بعين الاعتبار صحة المرأة في مجال مراقبة الحمل وتحسين عملية الولادة. فعملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة وصلت إلى أكثر من 80% سنة 2002 أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي

---

[1]– المودودي، أبو الأعلى: **مرجع سابق**، ص 77.

[2]- **www.arab.api.org/conF-0310.22.24mars2010.**

العمومي فتقدر بـــ 90% وبلغ عدد العيادات في هذا المجال 600 عيادة عمومية، أما نسبة السيدات اللواتي وضعن في هياكل صحية خاصة فتقدر بأكثر من 3.6% سنة 2002.

إضافة إلى هذا، هناك برامج عدة تعتني بالتنظيم العائلي انطلقت في **السبعينات** حققت نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل **80%** من النساء يستعملن **وسائل لمنع الحمل** وأكثر من **52%** يستعملن **وسائل عصرية** (اللولب، الحبوب...).

وقد كان معدل الخصوبة **بداية السبعينات 7 أطفال لكل امرأة** أما الآن فقد بلغ **2.4 طفل لكل امرأة**، أما **نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة** التي كانت تقدر **بـــ174%** سنة **1996** لكل **100000 مولود** فقد انخفضت لتصل إلى **2.15% و 2.25%**، حيث انخفضت **نسبة النمو الديمغرافي** الذي كان من **3%** بداية السبعينات لتصل إلى **1.5%** حاليا.

وأهم استنتاج أن كل برامج الطفولة والأمومة تقدم مجانا في المراكز الطبية العمومية ويوجد في الجزائر أكثر من **خمسة آلاف مركز** عبر ولايات الوطن.

وبالنسبة للمرأة هناك برامج لمكافحة السرطان خاصة سرطان عنق الرحم وفي هذا الإطار يوجد 20 مركزا عبر ولايات الوطن.

وقد عرفت سنة **2000**، بداية تطبيق برنامج خاص "**الولادة بدون مخاطر**" على المستوى الوطني، كما سطرت الجزائر برامج تعاون وشراكة بالتنسيق مع **UNICEF (2002-2006)** موضوعه "**بقاء وحماية وتطوير الطفل**" إضافة إلى محاور **تخص الأم والطفل وكيفية التعامل معهما**[1].

* **بعض المؤشرات حول صحة المرأة:**

جدول رقم(10): نسبة النساء التي تناولن بعض الفيتامينات والأدوية في الوسطين

الوسط	تناولت أقراص أو شراب الحديد	تناولت فيتامينات أو كالسيوم أو مغنيزيوم	أخذت حقن لتحصين الجنين من التيتانوس
حضر	43.5	42.5	51.6
ريف	38.0	35.7	35.8
المجموع	**41.75**	**39.6**	**34.4**

حسب الإحصائيات المتوفرة من طرف شبكة الانترنيت يلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن نسبة 41.75% من النساء في الوسطين الريفي والحضري قد تناولن أقراص وشراب الحديد، ونسبة 39.6% قد تناولن فيتامينات أو كالسيوم أو مغنيزيوم ونسبة 34.4% أخذت حقن لتحصين الجنين من التيتانوس.

[1]-.www.arab.api.org/**OpCite**.

الجدول رقم (11): نسبة النساء اللواتي عانين من أمراض مزمنة تم تشخيصها من طرف الطبيب حسب نوع المرض والوسط

الوسط / نوع المرض	حضر	ريف	مجموع
السكري	1.7	1.3	1.6
ارتفاع ضغط الدم	5.3	4.4	4.9
الربو	2.0	1.9	1.9
عرض المفاصل	3.2	2.9	3.0
حرقة المعدة	3.1	2.9	3.0

يبين الجدول رقم(11) نسبة النساء اللواتي تعانين من إحدى الأمراض المزمنة حسب نوع المرض والوسط، حيث يتبين من خلال معطيات الجدول أن المرض الأكثر انتشارا بين النساء في الوسطين فيأتي ارتفاع ضغط الدم في المقدمة بنسبة 4.9% ثم يليه مرض المفاصل وقرحة المعدة بنسبة 3% لكليهما ثم مرض الربو 1.9% يليه داء السكري بـــ 1.6%[1].

وهناك نسبة 61.4% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15- 49 سنة والمتزوجات حاليا، يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة ويتخذ القرار بشأن الاستعمال الحالي لتلك الوسائل من طرف الزوجين في أكثر من نصف الحالات ومن طرف المرأة نفسها حيث توجد نسبة37% من الحالات من لا يتدخل الزوج و 33% من يتدخل في ذلك سنة 2006، كما أن اللجوء إلى تنظيم الأسرة تتم مناقشته بين الزوجين بنسبة 97.9% عند النساء ذو المستوى التعليمي العالي مقابل 47.6% عند النساء دون مستوى سنة 2006 معدل الولادة في الوسط الصحي قد بلغ 95.3% سنة 2006 [2]، ومن بين النساء اللواتي وضعن مولودا حيا نجد أن 30.6% قد استفدن من كشف واحد على الأقل بعد الولادة[3].

الجدول رقم (12): توزيع النساء حسب الحالة الصحية والوسط

الرأي عن صحتهن	الوسط: حضر	ريف	المجموع
جيدة	47.4	39.9	44.3
متوسطة	47.3	55.2	50.6
سيئة	5.3	4.9	5.1
المجموع	**100**	**100**	**100**

يوضح الجدول رقم(12) توزيع النساء حسب آرائهن حول حالتهن الصحية، والوسط المعيشي حيث وجد أن نسبة 50.6% حالتهن الصحية متوسطة، ونسبة 44.3% حالتهن الصحية جيدة و5.1% حالتهن الصحية متدهورة.

1-.www.arab.api.org/**OpCite.**
2- **http://www.m_aou4.com/Data/Lessons/GR112/genqp3.doc.**
3- **Ibid.**

5_ تأمين الوضع الصحي:

إن تأمين وضع صحي جيد للسكان هو الهدف الأسمى للجهود المبذولة خلال الفترة ما بين **1999-2008** لتوفير شروط تقنية وتنظيمية من أجل تحسين صحة الأطفال والشباب، وتعزيز الاستفادة من برامج تنظيم الأسرة.

حيث بتاريخ **16 أفريل 2008** بلغ عدد سكان الجزائر المقيمين **34.8 مليون نسمة**، منذ عام **1999** بلغت نسبة النمو السكاني بـــ **1.72%** وهو ما يفسر لنا زيادة سكانية سنوية قدرها **500 ألف نسمة**، وبناءا على المؤشرات الديمغرافية فإن المرحلة الممتدة من **1999 إلى 2007** تميزت بشكل رئيسي بما يلي:

- استمرار انخفاض نسبة الوفيات العامة من **4.72** لكل **ألف نسمة** سنة **1999** إلى **4.38** لكل **ألف نسمة** سنة **2007**، لتصل إلى **4.32** لكل **ألف نسمة** سنة **2008**.

- زيادة نسبية في نسبة الولادات التي انتقلت من **19.82** لكل **ألف نسمة** سنة **1999** إلى **22.98** لكل **ألف نسمة** سنة **2007**.

- زيادة نسبة عدد السكان التي عرفت ارتفاعا تدريجيا خلال الفترة من **61.51%** سنة **1999**، إلى **1.86%** سنة **2007**.

- انخفاض نسبة الوفيات عند الأطفال بشكل نسبي مقبول من **39.4** لكل **ألف ولادة حية** سنة **1999** إلى **29.2** لكل **ألف ولادة حية** سنة **2007**.

- ارتفاع نسبة الزواج إلى **75.5%** التي انتقلت من **5.44** لكل **ألف نسمة** سنة **1999** إلى **9.55** لكل **ألف نسمة** سنة **2007**.[1]

وبهذا نفسر أن النمو الديمغرافي في الجزائر بين فترة **1999 - 2007** قد شهد **مرحلة انتقالية** تميزت بما يلي:

- انخفاض الخصوبة التي تزايدت خلال التسعينات.

- الكبر التدريجي للشعب الجزائري والمرتبط بتمديد أمل الحياة منذ الولادة المصاحب لانخفاض الخصوبة، حيث تبقى الكثافة السكانية للأشخاص الأقل من سنتين هي السائدة بمعدل **5 شباب** مقابل **شخص واحد** يبلغ **60 سنة** أو أكثر.[2]

وبالنظر إلى هذه التحولات فإن العوامل البارزة هي تلك المرتبطة بالتكفل الصحي، ندرجها فيما يلي:

---

[1]- www.almaraFR.org/news.php?action=showetid=4348/06/12/2009_11:01.

[2]- Ibid.

– الحمل المعرض للخطر بسبب تراجع الخصوبة لدى النساء.

– الأمراض المهنية والمزمنة.

– الأشخاص المسنون والعجزة وخاصة ضعفاء البنية.

– عرف انتقال الوباء في الجزائر تراجعا من حيث الأمراض المتنقلة (السيدا،...إلخ) وارتفاعا مستمرا في الأمراض غير المتنقلة كأمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض السكر، السرطان، الأمراض التنفسية المزمنة التي أصبحت أحد الأسباب الرئيسية للموت، بالإضافة إلى بروز مشكلات الوزن المفرط والسمنة محل مشكلات سوء التغذية[1].

خامسا: المرأة الجزائرية المعاصرة بين المهام الإنجابية والمهنية

منذ منتصف القرن العشرين بدأت المرأة الجزائرية تحتل مكانة اجتماعية وحضارية مرموقة في المجتمع الجزائري، نظرا للأدوار الفاعلة والمتميزة التي أصبحت تحتلها في الدولة والمجتمع والأسرة، فقد أخذت تحتل أكثر من دور اجتماعي في آن واحد، فهي الأم والأخت والزوجة وربة البيت والعاملة والموظفة والمهنية والخبيرة والعاملة.

ومن خلال هذه الأدوار الأسرية والوظيفية والمجتمعية تخدم المجتمع وتساهم في عملية إعادة بنائه وتدعم الدولة وتشارك في تنفيذ مشاريعها الخدمية والتنموية وتضحي من أجل استقرار رفاهية الأسرة وتعزيز مواقعها التربوية والإنمائية في المجتمع.

ومن الجدير بالذكر أن ارتفاع مكانة المرأة وتشعب مسؤولياتها وتنامي أدوارها الاجتماعية كانت ترجع إلى عدة عوامل موضوعية في مقدمتها شيوع أجواء الحرية والديمقراطية والعدالة الاجتماعية في المجتمع الجزائري وارتفاع المستويات الثقافية والعملية للمرأة وزيادة الطلب الفعال على خدماتها البشرية المبدعة والخلاقة خصوصا خلال فترة التحضر التي شهدها المجتمع الجزائري والتنمية الشاملة في كافة المجالات، إضافة إلى ارتفاع مكانتها في الأسرة ومشاركتها في اتخاذ القرارات مع زوجها، تلك القرارات التي تحدد مسائل الإنجاب وتربية الأطفال وإدارة شؤون الأسرة وتقسيم العمل الاجتماعي ولعل من أهم مهام المرأة الجزائرية المعاصرة في مجتمعنا الجزائري الناهض هي مهمة إنجاب الأطفال وتربيتهم وفق أسس التربية الحديثة ومبادئ المجتمع والتراث العربي الخالد، ومهمة ممارسة العمل الوظيفي خارج المنزل جنبا إلى جنب مع الرجل، بمعنى آخر أن المرأة الجزائرية المعاصرة مطالبة بأن تؤدي دورين في آن واحد لابد أن يُسهما في رفع مكانتها في المجتمع ويعطيها مجالا أوسع في عملية إعادة بناء المجتمع وتطوير قطاعاته المختلفة وتسريع حركة نموه وتطوره المجتمعي والحضاري، وربما في هذا المجال قد يطرح التساؤل التالي: **هل يمكن للمرأة التوفيق بين**

[1]- www.almaraFR.org/**OpCite.**

المهام الإنجابية والأسرية والمهام الوظيفة في آن واحد؟ فالمرأة كما يعتقد البعض إما أن تكون ربة بيت وتشغل نفسها في شؤون الإنجاب ورعاية الأسرة أو تكون عاملة أو موظفة خارج المنزل حيث أن الجمع بين المهمتين إنما هو عملية صعبة أو شاقة إذ لم تكن مستحيلة[1]، إن البحث هذا لا يؤيد هذا الاعتقاد مطلقا طالما أن المرأة تستطيع الجمع بين مهام الإنجاب والرعاية الأسرية ومهام العمل والإنتاج الوظيفي خارج نطاق البيت شرط أن يبادر الرجل بمساعدتها في مهامها الأسرية والمهنية وتبادر الدولة بتوفير الخدمات والمستلزمات الضرورية التي تمكنها من أداء الدورين الاجتماعيين المتكاملين في آن واحد، كما أن المرأة من جانبها ينبغي أن تندفع نحو الدخول في معترك الحياتين الأسرية والوظيفية وتوجه قدراتها غير المحدودة في إحراز نتائج باهرة في واجباتها الأسرية وواجباتها الوظيفية والمهنية، بعد قيامها برسم جدول زمني ينظم أوقات عملها الوظيفي وأوقات عملها الأسري وأوقات فراغها وترويحها.

سادسا: المرأة العاملة وقوانين العمل في الجزائر

1- المرأة العاملة الجزائرية في الدستور الجزائري:

نصت معظم الدساتير الجزائرية على تجسيد بمبدأ المساواة بين الجنسين في جميع مناحي الحياة، وذلك ما تضمنه **دستور 1963** حسب ما جاء في **المادة 12** من أجل ضمان الحقوق الأساسية للأفراد، على أن: "كل الأفراد من كلا الجنسين لهم نفس الحقوق والواجبات"[2]، ثم ورد بعده **دستور 1976**، ليدعم تلك الحقوق، وتبعا **للمادة 39** من الفصل الرابع الخاص بالحريات الأساسية وحقوق الإنسان المواطن خاصة على أن: الحريات الأساسية وحقوق الإنسان والمواطنة مضمونة، كما أنّ "كل المواطنين متساوون في الحقوق الواجبات، ويلغى كل تمييز قائم على أحكام مسبقة تتعلق بالجنس أو العرق أو الحرفة".

كما نصّت **المادة 40** من **دستور 1976** على أن: "القانون واحد بالنسبة للجميع، إن يحمي أو يكره أو يعاقب"، وأيضا جاء في **المادة 41** منه على أن: "تكفل الدولة المساواة للمواطنين، وذلك بإزالة العقبات ذات الطابع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي التي تحد في الواقع من المساواة بين المواطنين، وتعيق ازدهار الإنسان، وتحول دون المشاركة الفعلية لكل المواطنين في التنظيم السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي"، كما تضمنت **المادة 41** أيضا "كل الحقوق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمرأة الجزائرية". وفي مجال الأجر حسب ما نصت عليه **المادة 59** في الفترة الرابعة منها، على أنّ: **للعامل الحق في أخذ حصة من الدخل القومي** وفقا للمبدأ القائل: "**التساوي في العمل يستلزم التساوي في الأجر**".

---

[1]- الخولي، البهي: **المرأة بين البيت والمجتمع**، القاهرة، 1983، ص 300-302.

[2]- **جبهة التحرير الوطني**: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1963.

وورد في **المادة 81** في الفصل الخامس الخاص بواجبات المواطن من نفس الدستور على أنّ مساهمة المرأة في النمو الاقتصادي والتطور الوطني هو واجب عليها وذلك حسب ما نصت عليه هذه المدة فيما يلي: "**على المرأة أن تشارك كامل المشاركة في التشييد الاشتراكي والتنمية الوطنية**"[1].

إلى جانب هذه الضمانات الممنوحة للمرأة العاملة من قبل الدستورين، جاء بعدهما **دستور 1989** المعدل في استفتاء **28 نوفمبر 1996** ليكرس بصفة جدية مبدأ المساواة بين الجنسين القضاء على الخلفيات والأفكار البالية والمعتقدات الخاطئة حول دور المرأة في المجتمع. فقد ورد في الباب الأول الخاص بالمبادئ العامة التي تحكم المجتمع الجزائري، وذلك حسب ما تضمنه الفصل الرابع الخاص بالحقوق والحريات من **المادة 29** على أن: "كل المواطنين سواسية أمام القانون، ولا يمكن أن يؤخذ بأي تمييز يعود سببه إلى المولد، أو العرق أو الجنس أو الرأي أو أي شرط أو ظرف آخر شخصي أو اجتماعي"[2]، وأكد **المشرع الجزائري** على ضرورة احترام مبدأ المساواة بين المواطنين وذلك حسبما نصت عليه **المادة 31** من نفس الدستور **(1989)** على أن "تستهدف المؤسسات ضمان مساواة كل المواطنين والمواطنات في الحقوق والواجبات، وذلك بإزالة العقبات التي تعيق تفتح شخصية الإنسان، وتحوُل دون المشاركة الفعلية للجميع في الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية"، وما هو ملاحظ من خلال ما ورد في هذه المادة هو وجود عقبات تعيق مشاركة جميع المواطنين بما فيها المرأة في مختلف مجالات الحياة، كما حمّل المشرع مؤسسات المجتمع مسؤولية ضمان مشاركة الجميع وذلك بإزالة العقبات التي تحول دون ذلك. ونصت **المادة 51** منه على: "تساوي جميع المواطنين في تقلد المهام والوظائف في الدولة دون أيّة شروط أخرى غير الشروط التي يحددها القانون"، أما **المادة 55** فهي "تمنح لكل المواطنين الحق في العمل كما يضمن القانون أثناء العمل الحق في الحماية والأمن والنظافة والراحة..."[3]، وذلك ما تؤكده **المواد 29، 31**، وخاصة **المادة 55**، من نفس الدستور والتي تنص على ما يلي:

1- مساواة جميع أفراد المجتمع أمام القانون.

2- التأكيد على دور المؤسسات في إزالة جميع العقبات التي من شأنها الوقوف دون تحقيق هذه المساواة.

3- أصبح عمل المرأة وفقا لهذه المواد حق دستوري لا يختلف فيه بأي حال من الأحوال عن الرجل.

4- التأكيد على المساواة في الأجر بين الرجل والمرأة.

---

[1]- **جبهة التحرير الوطني:** دستور **1976**.

[2]- **الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية:** دستور 1989 المعدل في استفتاء 28 نوفمبر 1996.

[3]- **نفس المرجع:** دستور 1989.

2/ المرأة العاملة الجزائرية في الميثاق الوطني:

اهتمت معظم مواثيق الدولة الجزائرية بقضية المرأة منذ الاستقلال وذلك بهدف القضاء تدريجيا على القوانين الفرنسية التي استمر العمل بها طوال السنوات العشر بعد الاستقلال، والتي كانت في مجملها تضمن العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع، أين صدر **الميثاق الوطني** سنة **1964** ومن أهم المبادئ الأساسية التي احتوت نصوصه هو ترقية الفرد وإدماجه في الحياة الاجتماعية والاقتصادية للبلاد، وألح على ضرورة الاعتناء بشؤون المرأة وإعطائها المكانة التي تستحقها، وأكد علة مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة وأن يمارس ذلك عمليا، فحسب ما صدر عن هذا الميثاق حول موضوع المرأة الجزائرية أنه: "**لا يمكن أن تعزل عن الحياة السياسية والاجتماعية في الجزائر**"[1] كما تضمن ميثاق **1976** ما يلي: "ترقية **المرأة وتمكينها من المساهمة الكاملة في حياة الأمة سياسيا واقتصاديا واجتماعيا وثقافيا**"[2]. وأهم ما تطرق إليه هذا الميثاق هو الوضع المجحف الذي عانته ولازالت تعانيه المرأة الجزائرية، وحسب ما ورد في نصوصه أن: "وضع المرأة الذي طالما أضرّت به الأفكار الإقطاعية والتقاليد المضادة لروح الإسلام التحررية، فقد تحسن كثيرا منذ حرب التحرير المجيدة، بعدما كانت محطا للاحتقار والتمييز والجهل وتكاليفها بالأعمال الشاقة في بيئات مختلفة، وعلى الرغم من التحسن الذي طرأ عليها، إلا أن ترقيتها المشروعة تتطلب المزيد من الجهود المستمرة والمبادرات الجريئة. وهي ليست مرهونة بالدور الوطني والاجتماعي الذي أدته بجنب الرجل، أثناء الثورة المسلحة، بل هي مطلب تستلزمه روح العدالة والإنصاف ومنطق التقدم، ومقتضيات الديمقراطية والتنمية المنسجمة والسليمة للبلاد والوجبات المطلقة التي تفرضها وضعيتها كمواطنة في جزائر حرة ثورية اشتراكية"[3].

ومن تلك الفقرة يتبين أنّ هناك عاملين أساسين في أسباب تخلف المرأة الجزائرية وهما: الأفكار الإقطاعية والتقاليد المضادة لروح الإسلام التحررية. وذلك لما لهذين العاملين من آثار على الوضعية المزرية التي آلت إليها المرأة ويتضح ذلك من خلال مظاهر التمييز والجهل التي عانت منها لفترة طويلة. إلا أنّ مجيء الثورة التحريرية حسن من وضعيتها وساهمت في ترقيتها من خلال إتباع عدة إجراءات اتخذها الميثاق الوطني **1976**. يرى أنه "من شأنها أن تغير من المحيط الذهني والمعرفي السلبي الذي يمس حقوق المرأة المشروعة كزوجة وأم إضافة إلى أمنها المادي والمعني"[4]، ومن تلك الإجراءات ما يلي: * منع المهر الباهظ وإهمال الأطفال الصغار من طرف أزواج لا خلق لهم.* ترك

---

[1]– **جبهة التحرير الوطني:** الميثاق الوطني **1964**.

[2]– **جبهة التحرير الوطني:** الميثاق الوطني **1976**، الجزائر، ص 47.

[3]– **نفس المرجع : (1976)** ص 104.

[4]– **نفس المرجع : (1976)** ص 105.

الزوجات بدون موارد ولا رعاية لأطفالهن.* وضع حد لأساليب العنف التي تتعرض له النساء. *وضع حد لظاهرة نزع الأطفال بدون سبب.

أما في **مجال العمل** انطلاقا من "**مبدأ المساواة بين الجنسين، فإن الاشتراكية التي تعترف بالمكانة الأساسية التي تحتلها المرأة في الخلية العائلية بوصفها أما وزوجة ومواطنة تشجعها على أن تشتغل، لأن في ذلك مصلحة للمجتمع**"[1].

ويؤكد الميثاق الوطني على ضرورة إشراك المرأة الجزائرية في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، واعتبر إقصاءها وضعية لا تخدم تطور المجتمع، وذلك حسب ما جاء في الباب الخاص بالاتجاهات الرئيسية لسياسة التنمية على أنّ: "التعبئة المكثفة لكل المواطنين القادرين على العمل في ميدان الإنتاج، تطرح قضية تشغيل المرأة، فالنساء يمثلن نصف السكان القادرين على العمل، ويشكلن احتياطا هاما من قوة العمل في البلاد، لا يعني تعطيله إلا ضعفا في الاقتصاد وتأخرا في التطور الاجتماعي"[2].

يتضح لنا من خلال عرض هذه الفقرة أن الميثاق الوطني يؤكد على ضرورة التعبئة الكاملة لجميع الطاقات البشرية الموجودة في المجتمع بما فيها المرأة، ومشاركتها في عملية التنمية للبلاد. كما أنه يضع شروطا فيما يخص عمل المرأة مراعاة لخصوصياتها كزوجة وأم ودورها في الأسرة وأن دخولها إلى دوائر الإنتاج يكون بمراعاة ما يقتضيه دورها كزوجة وكربة أسرة في بناء ودعم العائلة التي تشكل الخلية الأساسية للأمة، وتؤكد السيدة "**ذهبية عبروس**" في تعليقها على الفقرة الخاصة بعمل المرأة منتقدة أنه: "لا يمكن أن نجد نصا أكثر وضوحا على المستوى الرسمي، فالقضية طرحت بشكل لا لُبس فيه حيث اعتبرت الحياة الأسرية من اختصاص المرأة لكونها زوجة وربة أسرة، فهي يمكن أن تمثل احتياطا من قوة العمل، غير أن الحق في العمل لا يمنح لها إلا بطريقة حصرية فقط في حالة عدم تهديد وضعها كزوجة وأُمًا هذا الوضع الذي يضمن استقرار العائلة وبالتالي استقرار المجتمع"[3].

بعد أن قرّر الميثاق الوطني مشاركة المرأة في عملية التنمية بصورة كاملة نجده أيضا قد ركز على وجوب المحافظة على استقرار العائلة في فقرات أخرى وذلك بسن قوانين تحفظ الأمومة وتوفر الأمن للأسرة، وتكيف ظروف العمل مع الظروف العائلية والاجتماعية للمرأة.

ويرى أيضا "**محفوظ بنون**" أن "الموقف الرسمي الذي يحاول التوفيق بين ثلاثة أفكار رئيسية: (الثورة، الاشتراكية القيم العربية الإسلامية) تعتبر من تناقضات الخطابات الرسمية وذلك تبعا لثلاث اعتبارات أساسية وهي:

---

[1]- مرجع سابق: **(الميثاق الوطني 1976)**، ص 44.

[2]- **نفس المرجع:** ص 212.

[3]- Dahbia ABROUS: **L'honneur face au travail des femmes en Algérie**, Edition l'harmattan, SIRAP, 1989, p 46.

1- المرأة مدعوة للمشاركة في البناء الوطني لأن الثورة قد حررتها وأعطتها جميع حقوقها المدنية.

2- إنّ الاختيار الاشتراكي يعني التنمية الشاملة للوطن ومشاركة جميع الجزائريات والجزائريين في البناء الوطني.

3- كما أن الناطقين باسم السلطة الثورية، أصبحوا يرددون بدون تراجع على أن تحرير النساء لا يمكن أن يتحقق إلا في إطار القيم العربية الإسلامية، يخلطون الأخلاق بالجانب الجنسي للمرأة، وأنه لابد من المحافظة عليها واحترام العادات والتقاليد بالرغم من التغيرات الناتجة عن إجراءات التحديث والتنمية"[1].

ما هو ملاحظ من العنصر الثالث، أن الكاتب حصر القيم العربية الإسلامية واعتبر الجانب الأخلاقي من المعوقات الرئيسية التي تقف في وجه مشاركة المرأة في التنمية الاقتصادية.

*** موقف الدولة من عمل المرأة:**

حسب ما ورد في الميثاق الوطني: حيث أسس موقفها على خلفية ثقافية واقعية تسعى من خلاله إدماج المرأة في الحياة المهنية دون إحداث هزات قد تؤثر على استقرار البناء الاجتماعي، وبهذا نرى أن وجهة نظر الدولة تتوافق إلى حد ما مع وجهة نظر الدين الإسلامي في جوهرها، وهذا الاتجاه يظهر بصورة أوضح خاصة بعد صدور **قانون الأسرة سنة 1984**.

ويؤكد الميثاق الوطني على ضرورة اتخاذ إجراءات خاصة بالمرأة العاملة في مجال الحماية الاجتماعية وذلك من خلال "تنظيم عمل المرأة حتى يتلاءم مع واجبات المنزل والأسرة، ضمانا لحماية الأمومة على الخصوص، وذلك بأن تقام تدريجيا وحسب إمكانيات البلاد، دور الحضانة ورياض الأطفال والمطاعم المدرسية"[2].

وتظهر وجهة نظر الدولة بوضوح عندما قامت بتكليف المرأة الجزائرية بقضية الدفاع عن حقوقها وذلك ما توضحه نصوص الميثاق فيما يلي: "مهما يكن من أمر، فإن المرأة هي أجدر وأحسن محام ومدافع عن حقوقها وكرامتها، تقوم بذلك انطلاقا من سلوكها وأخلاقها، وارتكازا على كفاح متواصل ضد المفاهيم السيئة، والأحكام المسبقة والنوايا الجائرة، والمظالم، والإهانات، أما الدولة التي اعترفت لها بكل حقوقها السياسية، فإنها لا تزال ملتزمة بالنهوض بتربية المرأة الجزائرية، ومصرة على متابعة الجهود في سبيل ترقيتها اللازمة"[3].

---

[1]- M. Benoun: **Les Algériennes victimes de la société néopatriarcale, Socio-anthropologique**, Ed : Marino, Alger, 1999, p. 154.

[2]- جبهة التحرير الوطني: (1976)، **مرجع سابق**، ص 219.

[3]- **نفس المرجع**: ص ص 104- 105.

وللدفاع عن هذه الحقوق في إطار تنظيم الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات نجد الميثاق الوطني يؤكد على ضرورة التمسك بالمبادئ والمقومات الأساسية للمجتمع الجزائري لهذا نجده يرسم المعالم التي يسير وفقها الاتحاد وذلك من خلال تكييف عمله حسب المشاكل الخاصة التي يطرحها إدماج المرأة في الحياة العصري. وعليه أن يدرك بأن ترقية المرأة ليس معناه التخلص عن المثل الأخلاقية التي ما انفك شعبنا متشبعا بها"[1].

وقد تركز **نشاط الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات** الذي ظهر إلى الوجود عقب استقلال الجزائر في المجالات التالية:* دور المرأة في الأسرة. * دور المرأة في العمل خارج المنزل. * دور المرأة في المؤسسات الصناعية. * دور المرأة في المجالات الزراعية. * العمل على تنظيم عمل المرأة وإدماجها في الاتحاد النسائي. * الاطلاع بإعلام النساء الجزائريات والمهاجرات إلى أوربا، ودوام الاتصال بهن لإعدادهن تربويا وإدماجهن في الحياة الوطنية. * السهر مع الهيئات المعنية على احترام وتطبيق الإجراءات المتعلقة بحقوق المرأة التي حددها كل من الميثاق الوطني والدستور[2].

ويرى كذلك أنه "لبلوغ هذه الأهداف ينبغي للإتحاد أن يقوم بعمل متواصل في مجال التوعية والتربية والتكوين، وأن يواظب على رفع مستوى المرأة الثقافي ووعيها السياسي، وتجنيدها وفقا لمواهبها وطبقا لظروفها المحلية. وذلك في نطاق المهام العملية التي تكتسي صبغة وطنية، كما يجب أن تسعى باستمرار لتوسيع مجال مساهمتها الفعلية في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للبلاد"[3].

وهناك من يرى "أن الحقوق الممنوحة للمرأة ليست في الواقع سوى واجبات" وهذا تعليق السيدة حورية صالحي عن ما تضمنته نصوص الميثاق، وتصرح أنّ هناك تناقض بين الدستور والميثاق فتقول: أنّ حق العمل المعترف به على أنّه ضرورة ملحة للتنمية، ليست كما رأينا لدى مراجعة الميثاق الوطني سوى تشجيع يعيد المرأة إلى نضال فردي ويتركها معزولة لمواجهة سلطة الأب والزوج المستغلة ومواجهة القيود المتعددة التي يفرضها عملها، ورعاية الأطفال والعناية بالمنزل الزوجي وأعبائه وقضية السكن...إلخ كي لا نتحدث عن كرامتها[4].

3/ المرأة العاملة الجزائرية في قانون الأسرة[5]:

يعتبر قانون الأسرة الصادر بموجب **قانون 84- 11** المؤرخ في **09 رمضان 1404** الموافق لـــ **09 جوان 1984** وذلك حسب **المادة الثانية** منه: "**أن الأسرة هي الخلية الأساسية في المجتمع**

---

[1]- جبهة التحرير الوطني: (1976)، **مرجع سابق**، ص 74.

[2]- **القانون الأساسي للاتحاد الوطني للنساء الجزائريات**: الجزائر، 1982، ص ص 4-2.

[3]- جبهة التحرير الوطني: (1976)، **مرجع سابق**، ص 74.

[4]- هيلين فان فيلد وأخريات: **مرجع سابق**، ص 203.

[5]- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: **قانون الأسرة**، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، 1990.

وتتكون من أشخاص تجمع بينهم صلة الزوجية وصلة القرابة" كما حدد هذا القانون واجبات الزوج نحو زوجته من خلال عرض العديد من المواد كما أنّ **المشرع الجزائري** أعفى **المرأة من مسؤولية تحمل الأعباء المادية للأسرة**، وحدد **حقوقها** في **المادة 38** والمتمثلة في:

- زيارة أهلها من المحارم واستضافتهم بالمعروف.
- حرية التصرف في مالها.

كما حدد **واجباتها** في **المادة 39** والمتمثلة في :

1- طاعة الزوج ومراعاته باعتباره رئيس الأسرة.

2- إرضاع الأولاد عند الاستطاعة وتربيتهم.

3- احترام والدي الزوج وأقاربه.

كما أنّ المشرع منح حق للزوجين في **المادة 19** يمكنهما أن يتفقا على كل ما يريانه مناسبا لحياتهما الزوجية ما لم يخالف ذلك القانون.

من خلال مضامين هذه المواد التي تحدد طبيعة العلاقة بين الزوج والزوجة يتضح جليا أنّ هذه النظرة تختلف إلى حد ما عن وجهة نظر الدساتير السابقة التي تتيح المرأة الحق الكامل في مزاولة عمل مأجور خارج المنزل ولم يحدد أي ظرف لخروجها للعمل، وما أكد عليه **الميثاق الوطني 1976** من ضرورة مشاركة المرأة في التنمية الشاملة للمجتمع، مع مراعاة دور المرأة كزوجة وكربة منزل بالمقابل نجد المواد سالفة الذكر تتفق مع وجهة نظر الدين الإسلامي الذي بحث ويؤكد على دور المرأة الأساسي داخل الأسرة ويمنحها الحق في ممارسة عمل مأجور وفق شروط وضروريات اجتماعية واقتصادية ، وذلك ما توضحه **المادة 76** من قانون الأسرة التي تنص على أنه "في حالة عجز الأب تجب نفقة الأولاد على الأم، إذا كانت قادرة على ذلك" كما جاء في **المادة 87** على "أن الأم بعد وفاة زوجها ولية على أولاده القصر" (صغار السن).

4/ المرأة العاملة الجزائرية في الخطاب السياسي:

حسب ما صرح به خطاب الرئيس عبد العزيز بوتفليقة في البرنامج المقترح في انتخابات 15 أفريل 1999 فيما يتعلق بمكانة ودور المرأة في المجتمع، والعمل على ترقيتها والنهوض بمشاركتها الفعالة في تنمية الوطن، فيما يلي: "يتعين كذلك العمل على القضاء على كافة أشكال التمييز التي تعيق أو تحول دون تعبير عن القدرات الفردية، أو ينجر عنها التهميش...، وحسب ما يؤكد القانون للمبادئ

الدستورية ويتطور وفق الاحتياجات التي يفرزها ما يجري من تحولات في العالم والمجتمع، دون مساس بروح ما جاء في القرآن الكريم"[1]، وأهم ما يمكن أن نستخلصه من هذا الخطاب ما يلي:

1- يرى رئيس الدولة في ترقية المرأة ضرورة تفرضها التغيرات التي يشهدها المجتمع الجزائري خاصة بعد اقتحام الفتيات لجميع التخصصات المهنية العصرية مثلها مثل الفتيان.

2- يؤكد الرئيس على أن عملية ترقية المرأة لا تتعارض والقيم الإنسانية بمفهومها الصحيح ولا يوجد تنافر بين الصالة والمعاصرة حسب ما ورد في خطابه سالف الذكر.

3- ضرورة مسايرة القانون للمبادئ الدستورية في مجال المرأة، ويقصد الرئيس بقانون الأسرة والذي بدأ بالفعل من طرف المجلس الإسلامي الأعلى التفكير في إدخال التعديلات اللازمة التي تجعله يتوافق مع المبادئ الدستورية.

5/ المرأة العاملة الجزائرية في قانون العمل الجزائري:

1- في مجال الاستخدام واستحقاقات الأجر:

حسب ما ورد في **قانون العمل** رقم **90- 11** المؤرخ في **21 أفريل 1990** المتعلق بعلاقات العمل في **الفقرة 1** من **المادة السادسة** منه أنه للعمال الحق في إطار علاقة العمل الحماية من أي تمييز لشغل منصب عمل غير قائم على أهليتهم واستحقاقهم تبعا لذلك تنص **المادة 17** من نفس القانون على أن "تعد كل الأحكام المنصوص عليها في الاتفاقيات الجماعية أو عقد العمل التي من شأنها أن تؤدي إلى التمييز بين العمال في مجال الشغل والأجر وظروف العمل، السن، الجنس، الوضعية الاجتماعية أو النسب والقرابة العائلية والقناعات السياسية والانتماء إلى نقابة ما أو عدم الانتماء"[2].

ما هو ملاحظ أن المشرع الجزائري يؤكد على أن تكون شروط الالتحاق بالعمل محددة بالأطر العلمية العقلانية التي تعتمد أساسا على كفاءة وتأهيل طالب العمل بغض النظر عن نوع جنسه أو لونه أو أصله، أو انتمائه السياسي أو القبلي، كما أوجب في القانون رقم **90- 11** في **المادة 84**: "على كل مستخدم ضمان مساواة في الأجر بين العمال لكل عمل متساوي القيمة بدون أي تمييز"[3].

وقد جاء في **المادة 141** على أنه: يعاقب كل من ارتكب مخالفة لأحكام هذا القانون المتعلقة بظروف استخدام الشباب والشابات بغرامة مالية تتراوح قيمتها بين 2000 و4000 دج تطبق كلما تكررت المخالفة، كما أدرج في **المادة 142** جزاءات مادية في حالة مخالفة الأحكام المتعلقة باستخدام الرواتب وإقامة التمييز في هذا المجال، حيث يعاقب بغرامة مالية تتراوح من 2000 إلى 5000 دج

---

[1]- **برنامج الرئيس الجزائري عبد العزيز بوتفليقة**: 1995، ص 51.

[2]- تاج عطاء الله: **مرجع سابق**، ص 125.

[3]- **نفس المرجع**: ص 126.

كل من يوقع اتفاقية جماعية في هذا المجال، حيث يعاقب بغرامة مالية تتراوح من 2000 إلى 5000 كل من يوقع اتفاقية جماعية أو اتفاقا جماعيا للعمل يكون من شأن أحكامهما إقامة تمييز بين العمال في مجال الشغل أو الراتب وظروف العمل، كما وردت في **المادة 17** من هذا القانون أنه يعاقب بغرامة تتراوح من 2000 إلى 10.000 دج وبالسجن لمدة 03 أيام أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط في حالة العودة[1].

2- في مجال التكوين والتدريب:

حرص المشرع الجزائري على ضرورة توفير كل الإمكانيات اللازمة لتكوين وتدريب العمال في مختلف مجالات نشاطاتهم، وذلك حسب ما تنص عليه **المادة 57** من الفصل الخامس الخاص بالتكوين والترقية خلال العمل، من **قانون العمل 90- 11**، وأكد على جعل التكوين والتدريب في إطار علاقة العمل حق من حقوق العامل حسب ما جاء في **المادة 06** في الفقرة الرابعة على أنه "يحق للعمال في التكوين المهني والرقية في العمل من أجل تمكين الشباب والشابات من اكتساب معارف نظرية وتطبيقية ضرورية لممارسة مهنة ما"[2].

3- في مجال عمل المرأة الليلي:

منح المشرع الجزائري حماية كبيرة للمرأة العاملة في هذا المجال من خلال تحديد الأوقات التي لا يمكن أن تعمل أثنائها، حيث حدد ساعات العمل الليلي حسب ما ورد في **المادة 27** من قانون رقم **90-11** بثماني ساعات وذلك من الساعة التاسعة ليلا حتى الخامسة صباحا، وتركت مسألة تحديد قواعد وشروط العمل الليلي والحقوق المرتبطة به إلى الاتفاقيات الجماعية، كما حدد المشرع الجزائري في **المادة 28**: "لا يجوز تشغيل العمال من كلا الجنسين الذين يقل سنهم عن تسعة عشر سنة كاملة في أي عمل ليلي"، غير أن المشرع استثنى في هذه الحالة النساء العاملات من العمل بالليل مهما كانت سنهم حسب ما نصت عليه ***المادة 29:*** "يمنع المستخدم من تشغيل العاملات في أعمال ليلية، غير أنه يجوز لمفتش العمل المختص إقليميا أن يمنح رخصا خاصة، عندما تبرر ذلك طبيعة النشاط وخصوصيات منصب العمل".

4- العطل والراحة القانونية والغيابات:

تنص **المادة 33** من القانون رقم **90- 11** على حق العامل في الراحة يوم كامل في الأسبوع وتكون الراحة الأسبوعية العادية في ظروف العمل العادية يوم الجمعة، وتنص **المادة 37**: يمكن تأجيل الراحة الأسبوعية أو التمتع بها في يوم آخر إذا استدعت الضرورات الاقتصادية أو ضرورات تنظيم الإنتاج، ويحق للمؤسسات الأخرى أن تجعل تلك الراحة تناوبية. خاصة إذا كان التوقف عن العمل فيها

---

[1]- **المادة 142 من القانون 11/90 المؤرخ في 1990/04/21 المتضمن علاقات العمل**

[2]- تاج عطا الله: **مرجع سابق**، ص 145.

يوم العطلة الأسبوعية يتعارض وطبيعة نشاط الهيئة أو المؤسسة أو يضر المصلحة العامة. وحرصا من المشرع الجزائري على راحة النساء والأطفال في العمل فقد حذر أن يشغل هؤلاء خارج نطاق ساعاتهم القانونية المحدد وذلك وفقا **للمادة 143** من نفس القانون في الباب الثامن منه والخاص بالأحكام الجزائية:

يعاقب كل من خالف أحكام هذا القانون المتعلقة بمدة العمل القانونية الأسبوعية واتساع فترة العمل اليومية في مجال اللجوء إلى الساعات الإضافية والعمل الليلي، فيما يخص الشبان والنسوة بغرامة مالية تتراوح من 500 إلى 1000 دج وتطبق العقوبة عند كل مخالفة معاينة وتكرر بحسب عدد العمال المعنيين، وفي نفس السياق تؤكد **المادة 144** من نفس القانون على أنه: "يعاقب كل مستخدم يخالف أحكام هذا القانون المتعلقة بالراحة القانونية بغرامة مالية تتراوح من 1000 إلى 2000 دج، ويتكرر تطبيقها حسب عدد العمال المعنيين."

أما فيما يخص **مجال الغيابات** فقد جاء في **المادة 55** من الفصل الرابع الخاص بالراحة القانونية والعطل والغيابات على: "أنه يحق للمرأة أن تستفيد خلال فترات ما قبل الولادة وما بعدها من عطلة الأمومة طبقا للتشريع المعمول به، ويمكنهن الاستفادة أيضا من تسهيلات، حسب الشروط المحددة في النظام الداخلي للهيئة المستخدمة".

العطل القانونية الممنوحة للمرأة العاملة في إطار **قانون العمل الجزائري**: حسب ما نصت عليه **المادة 55** سالفة الذكر، قامت بعرض أهم الإجراءات المتخذة في مجال حماية المرأة العاملة وخاصة خلال مرحلة الأمومة وذلك قصد معرفة القوانين الخاصة بالتأمين على الولادة، والحماية الاجتماعية لها فيما يلي:

أ- التأمين على الولادة:

إنّ طبيعة ونوعية الحماية الاجتماعية التي توفرها الدولة من بين أهم العوامل التي تساعد المرأة العاملة على إمكانية التوفيق بين حياتها الأسرية والمهنية، ومن ثمة ضمان الاستقرار الأسري والمهني، كما أن نظام الحماية الاجتماعية يعتمد على مبدأ مشاركة العمال في تمويل صندوق الضمان الاجتماعي، وبهذا يكون للمرأة العاملة الحق في الاستفادة الكاملة من هذه الحماية المقدمة للجميع، غير أنه خارج الخدمات التي تقدم لكل العمال بالنسبة لحالات: المرض، العجز، حوادث العمل، الشيخوخة. فإن نظام الضمان الاجتماعي الجزائري يستجيب لخصوصيات المرأة العاملة، ففي مجال التأمين على الولادة وطبقا للقانون رقم **83- 11** المؤرخ بتاريخ **02 جويلية 1983** المتعلق بالتأمينات الاجتماعية في مجال التأمين على الولادة تنص المادة 23 منه على أن تشمل أداءات التأمين على الولادة:

* **الأداءات العينية:** وتشمل كفالة المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته، وذلك حسب تنص عليه **المادة 26** من نفس القانون **(83- 11)** على أن تعوض المصاريف المتعلقة بالتأمين على الولادة وفقا للشروط التالية:

- تعوض المصاريف الطبية والصيدلية على أساس 100%.

- تعوض مصاريف إقامة الأم والمولود في المستشفى على نفس الأساس لمدة أقصاها 8 أيام، أما فيما يتعلق باستحقاقات الإجازة حسب ما ورد في **المادة 28** من نفس **القانون المعدل والمتمم بالأمر** رقم **96- 17** المؤرخ في **06 جويلية 1996** على أن يكون للمرأة العاملة التي تضطر إلى التوقف عن عملها بسبب الولادة الحق في التعويضة اليومية تساوي مئة بالمائة من الأجر اليومي بعد اقتطاع اشتراك الضمان الاجتماعي والضريبة.

ويحدد **المشرع الجزائري** الشروط والمدة في **المادة 29** من نفس القانون المعدل والمتمم بالأمر رقم **96-17** المؤرخ في **06 جويلية 1996** على أن "تتقاضى المؤمنة لها، شريطة أن تتوقف عن كل عمل مأجور أثناء فترة التعويض، تعويضة يومية لمدة **أربعة عشر أسبوعا متتاليا** تبدأ على الأقل ستة أسابيع منها قبل التاريخ المحتمل للولادة، وعندما تتم الولادة قبل تاريخ المحتمل، لا تقلص فترة التعويض المقدر بـــ **14 أسبوعا**"[1].

وعند المقارنة بين مثيلتها المصرية نجد فرقا كبيرا بينهما من حيث المدة الزمنية الممنوحة للمرأة العاملة، ففي **المادة 123** من قانون العمل المصري، نجد أنها تنص على أنه: "يجوز للعاملة أن تحصل على إجازة وضع مدتها 50 يوما تشمل المدة التي تسبق الوضع والتي تليها، بشرط أن تُقدم شهادة طبية مبينة فيها التاريخ الذي يرجح حصول الوضع فيه، ولا يجوز تشغيل العاملة خلال 40 يوما التالية للوضع..." كما يوجد فرق في التعويضة، حيث نجد أن **المشرع الجزائري** يمنح المرأة العاملة في هذه الحالة **تعويضة يومية** تساوي **100 بالمائة من الأجر اليومي** بينما المشرع المصري نجده في **المادة 124** من قانون العمل المصري، "يصرف للعاملة عن مدة إجازة الولادة التي تحصل عليها أجرا يعادل 70 % من أجرها، بشرط أن تكون قد أتمت وقت انقطاعها عن العمل 07 شهور متتالية في خدمة صاحب العمل نفسه، شرط ألا تشتغل لدى صاحب عمل آخر"[2].

* **الأداءات النقدية:** تشمل دفع تعويضة يومية للمرأة العاملة التي تضطر بسبب الولادة إلى الانقطاع عن العمل، كما تنص **المادة 24** من نفس القانون **83-11** على أنه:"لا يجوز منع أداءات التأمين على الولادة ما لم يتم الوضع على يد طبيب أو مساعدين طبيب مؤهلين، ماعدا ما خالف ذلك

---

[1]– محمد شفيق: **التشريعات الاجتماعية الأسرية والعملية**، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1997، ص ص 63-64.

[2]– **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية:** العدد 42، السنة الثالثة والثلاثون المؤرخة في 7 يوليو 1996، ص 7.

لأسباب قاهرة، وتقدم أداءات التأمين على الولادة إذا تعلق الأمر بوضع عسير أو بتبعات الوضع المرضي".

ب- الخدمات الاجتماعية التكميلية:

حسب ما نصت عليه **المادة 03** من المرسوم رقم **82-179** المؤرخ في **15 ماي 1982**، تستفيد المرأة العاملة من الخدمات الاجتماعية، كما حدد محتوى تلك الخدمات وكيفية تمويلها على أنها خدمات اجتماعية تابعة للهيئة المستخدمة مكملة للأعمال الدولة والجماعات المحلية والهيئات المتخصصة ويتم التكفل بها تطبيقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، ويمكن القيام بها في المجالات التالية:

- المساعدة الاجتماعية - الخدمات الصحية - أنشطة الثقافة والتسلية - دور الأمومة ورياض الأطفال - الأنشطة التي تهدف إلى تنمية السياحة الشعبية مثل: الجولات ومراكز الاستحمام ومراكز الاصطياف ومراكز الاستراحة العائلية وتعاونيات الاستهلاك - الأنشطة ذات الطابع الإداري: تهدف إلى تسهيل إنشاء التعاونيات العقارية في إطار التشريع والتنظيم المعمول بهما.

وتنص **المادة الرابعة** من نفس المرسوم: "بأنه ينتفع بالخدمات الاجتماعية التي توفرها الهيئة المستخدمة، العمال والمتقاعدون والأسر التي يتكفلون بها"[1]، ويوفر هذا المرسوم حماية خاصة للمرأة العاملة في المجالات التالية:

1- الإجازة الممنوحة للمرأة قبل وبعد الولادة **(14 أسبوع)** الاستفادة من دور الأمومة عاملان يوفران حماية صحية للمرأة والطفل.

2- دور الحضانة ورياض الأطفال مؤسستان اجتماعيتان يمكن لهما أن تساعد الزوجة العاملة التي لها أولاد ولو نسبيا في التوفيق بين عملها خارج المنزل وتربية ورعاية أبنائها.

3- إن منع المشرع المرأة من العمل الليلي إلا في حالات نادرة من شأنه أن يعطي فرصة أكبر لتعويض طاقتها المهدورة طيلة اليوم، ويسمح لها برعاية أطفالها.

*** وجهة نظر الدولة الجزائرية اتجاه المرأة العاملة:**

إنّ وجهة نظرها مستمدة من تصور إيديولوجي يشمل الجانب السياسي والاقتصادي والاجتماعي للمرأة الجزائرية، هذا التصور الذي يختلف من وثيقة إلى أخرى فالدستور الجزائري الذي تغير عدة مرات والذي يتسم بالعمومية في نظرته للمرأة من الجانب الإنساني على أنها لا تختلف عن الرجل في الحقوق والواجبات، وتدعم هذا الموقف المواثيق الوطنية وتمنح في نصوصه حيزا أكبر للمرأة، وتفصل أكثر في تحديد دورها في كافة الميادين داخل البلاد مؤكدة على دورها الأساسي في الأسرة،

---

[1]- **النصوص التشريعية والتنظيمية الخاصة بالعمل مراجعة وفق التعديلات المدخلة إلى غاية جويلية 1998.**

وهذا ما جعل العديد من أصحاب التيارات المتأثرة بالنظرية الاقتصادية التي يصفونه بعدم التخلص من النظرة الاجتماعية التقليدية للمرأة حسب رأيهم يشدد على وظيفة المرأة كأم وربة بيت ويقللون من قيمة المرأة وجعلها تعيش تحت سلطة الرجل الاقتصادية. مع العلم أنّ قانون الأسرة جاء لتكريس المرجعية الثقافية والحضرية للمرأة الجزائرية، وذلك من خلال إصدار قانون مستمد من أحكام الشريعة الإسلامية، وينظم الحقوق والواجبات الزوجية بشكل يتماشى مع وجهة نظر الإسلام.

كما يمنح **قانون العمل الجزائري** في مجمله حماية خاصة للمرأة العاملة في مجال العمل الليلي، توفير وسائل لتدعيم عمل المرأة، كدور الحضانة، رياض الأطفال، ومنحها إجازات وتعويضات خاصة أثناء الحمل وبعد الوضع، ومنحها أوقاتا خاصة للتفرغ لرعاية أبنائها الصغار فيما يتعلق بالرضاعة وفي حالات مرض الأطفال الصغار.

خلاصة الفصل

بعدما تم عرض أهم النظريات المفسرة لعمل المرأة لما لهذا الأخير من أهمية خاصة في حياة الفرد والمجتمع معا، وذلك من خلال عرض التطورات التي شهدها قطاع التعليم منذ الاستقلال وإلى يومنا هذا ونشهد في الآونة الأخيرة ارتفاع المستويات التعليمية لكلا الجنسين وخاصة بالنسبة للإناث، وأيضا الاقتحام الكبير لقطاع الشغل من طرف العنصر النسوي داخل القطاع الحكومي، وهي ظاهرة جديدة تستحق الدراسة بشكل معمق، وتطرقت إلى أهم مؤشر يرتبط بالمرأة وهو مؤشر الصحة عامة والصحة الإنجابية خاصة وأن موضوع الدراسة الحالية في جانب منه يتناول الخصوبة أي هناك علاقة بين صحة المرأة وخصوبتها، وذلك من شأنه أن يؤثر على دوريها الأسري والمهني، وفي الأخير تم عرض نظرة قوانين العمل الجزائرية لعمل المرأة للتعرف أكثر على أحقيتها في العمل والراحة والعطل خاصة ما يتعلق منها بعطل الأمومة وهي التي تهم الدراسة الحالية واعتمادا على ما تم ذكره في هذا الفصل، تود التعرف على ما يتضمنه الفصل الموالي (الفصل الثالث الخاص بالخصوبة) وهو أهم فصل تضمنته الدراسة الحالية وذلك أن دراسة مثل هذه المواضيع لا تزال حديثة في جامعة سطيف لذا ارتأت الباحثة ربط متغير عمل المرأة بمتغير الخصوبة للكشف عن مدى تأثير الأول في الثاني ونوع العلاقة بينهما وذلك ما تود تأكيده وتوضيحه من خلال نتائج الدراسة الميدانية.

تمهيد:

تعد الولادات العنصر الديمغرافي الآخر المهم الذي يقرر حركة النمو السكاني، حتى أن بعض الكتاب والباحثون يعتبرون الولادات بمثابة الحادثة الديمغرافية الأولى، وحجر الأساس لأنها نقطة البدء والإنطلاقة الحقيقية للحياة البشرية وتؤثر في بنى السكان المختلفة، وفي مجمل الخصائص الديمغرافية لهم بما في ذلك تنقلاتهم، وطرق توزيعهم على وجه الكرة الأرضية. **والولادة هي عامل بيولوجي، أكثر تعقيدا وأصعب دراسة من عاملي الوفاة والهجرة،** بسبب تعقد مؤثراتها وتنوعها وتذبذبها، مما يستحيل معه التحكم بها والتنبؤ بمستقبل ثابت لحركتها. لذا قام العديد من المفكرين في العالم القديم والحديث بتحليل العلاقة بين السكان والمجتمع، وقد كان لجهودهم دلالات هامة بالنسبة للسياسات الحكومية المتعلقة بالسكان في العديد من دول العالم، وتركز تفكير الباحثين في مجال السكان حول محورين أساسيين هما:- أسباب النمو السكاني- الآثار المترتبة على النمو السكاني، حيث تم في البداية عرض أهم الأفكار والنظريات التي تناولت قضية الإنجاب (الخصوبة) بإعتبارها أصبحت تشكل هاجسا مخيفا لدى أغلب الدول وفي مقدمتها دول العالم الثالث، ويتم تفصيل ذلك من خلال العنصر الثالث الذي يعرض الوضعية الديمغرافية في الجزائر بعد الإستقلال وأهم التطورات التي شهدتها الخصوبة من خلال التحقيقات الكبرى المنجزة والتعرف على تطور معدلات الخصوبة والمؤشر التركيبي خلال التعدادات الأربعة المتتالية، وفي العنصرالرابع يتم حصر أبرز العوامل المؤثرة على الخصوبة في الجزائر، والتركيزعلى مدى تأثير السياسة السكانية على السلوك الإنجابي للسكان عامة والمرأة بصفة خاصة وأيضا إدراج عنصر أكثر أهمية يفيد في التنبؤ بالآفاق المستقبلية للخصوبة في الجزائر، وفي العنصر الأخير يتم إعطاء صورة أوضح عن الوضعية الديمغرافية في سطيف، من خلال تتبع تطور أعداد سكان الجزائر عبر التعدادات الخمسة، والتعرف على معدلات النمو والخصوبة والوفيات، وصولا إلى الآفاق المستقبلية لسكان سطيف.

أولا: الأصول النظرية المفسرة للخصوبة

يعتبر الإهتمام بقضايا السكان قديم قدم المجتمعات الإنسانية، فبعد أن توحدت القبائل والعشائر ظهرت الحاجة لدراسة حجم السكان من حيث الزيادة والنقصان وذلك لأغراض متعلقة بالحروب والضرائب، وأطلق على تلك الدراسات مصطلح **إحصاءات السكان** لأنها لم تستند في بداية الأمر لمنهج علمي، فكانت عبارة عن **إجتهادات فكرية** تمخضت عنها **آراء فلسفية وتصورات فردية** أو **وصايا دينية** أو **سياسات إصلاحية على المستوى الإجتماعي أوالإقتصادي أوالسياسي**[1]، إلا أنه بمرور الزمن أصبحت تلك الدراسات أكثر تنظيما وتنظيرا وخضوعا للمنهج العلمي، لتصبح الدراسة

[1]- ح.ع.ح. رشوان: **السكان من منظور علم الإجتماع**، المكتبة الجامعية، 2001، ص 47.

السكانية موضوعا لعلم مستقل هو**علم السكان** أو **الديمغرافيا**، وفيما يلي قامت بعرض تلك الأفكار والنظريات حسب تسلسلها الزمني:

1/- الفكر السكاني القديم

1- عند الفراعنة: لم يكن في ذلك العهد دراسات سكانية بقدر ماكانت عبارة عن إحصاءات للسكان لأسباب جمع الضرائب والعمليات الحربية، وعمليات إنشاء الأهرام والمعابد التماثيل، وأمثلة على ذلك أثناء حكم الملك خوفو الذي قام بحصر الفلاحين الذين يقومون ببناء الهرم أثناء موسم الفيضان، ورمسيس الثاني الذي قام بتنظيم الجيش وجعل الإلتحاق بالجيش إجباريا[1].

2- في الصين: يرجع أول تعداد للسكان في الصين إلى**3000 قبل الميلاد** والغرض منه جباية الأموال والمحاصيل، وقد عرف الصينيون أن الزيادة السكانية الهائلة تؤدي إلى مشاكل إقتصادية كالمجاعات والصراع بين السكان. لهذا أكدوا على **ضرورة التناسب بين السكان والموارد الإقتصادية.**

كما نجد **كونفوشيوس** قدم محاولات حول السكان كانت ذات طابع تأملي غير علمي، وهو أول من أشار إلى فكرة **الحجم الأمثل للسكان**، و**ضرورة التناسب بين مساحة الأرض ومواردها وعدد السكان**. وأكد على أن **الدولة** هي المسؤولة عن **التوزيع المكاني للأفراد**، وحدد بعض العوامل المؤثرة في نمو السكان (**نقص الغذاء، الحروب، الزواج المبكر، التكاليف المبالغ فيها عند الزواج....**) [2].

3- عند الإغريق:

- **أفلاطون:** كان محور فكر أفلاطون حول الحجم الأمثل للسكان **(Optimal Size Of Population)**

في الوحدة السياسية اليونانية، وقد حدد في كتابه" **القوانين**" عدد السكان في المدينة بما لايزيد عن **5040 نسمة** مع إقصاء **طبقة العبيد**[3].

- **أرسطو:** على عكس أفلاطون إتسمت إسهاماته بالموضوعية والواقعية، فإهتم **بالحد الأمثل للسكان**، فهو بالنسبة إليه الحد الذي يمكن الدولة من توفير متطلبات الحياة الأساسية. وإعتقد بضرورة **تدخل الدولة** في تحديد **عدد المواليد لكل أسرة** (تحديد حجم السكان). كما **حذر** من **النمو غير المتناسب** بين **طبقات المدينة** لما له أثر في **قيام الثورات.**

4- عند الرومان: إهتم الأباطرة في عهد الإمبراطورية الرومانية **بقضية الإنجاب** على أساس أنه وسيلة الإحلال(تعويض) لقتلى الحروب، كما أنه يوفر عدد أكبر من السكان لخدمة الإمبراطورية

---

[1]- ح.ع.ح.رشوان: **مرجع سابق**، ص 48.

[2]- **نفس المرجع**: ص ص 48- 49.

[3]- **نفس المرجع**: ص 50.

آنذاك، فرغم تشجيعهم لعملية الإنجاب إلا أن معدلات المواليد قد مالت إلى الإنخفاض قرب نهاية عهد الإمبراطورية في روما.

5- التجاريون (Mercantilists)

ظهر فكر **التجاريون** في **القرن السابع عشر**، والذي يرى أن **قوة الدولة** تقاس **بحجم التجارة الخارجية** بينها وبين الدول الأخرى **ومدى الثروة التي تمتلكها** (وخاصة المعادن الثمينة).

كما تطرق هؤلاء إلى أن النمو السكاني (ليس مجرد عملية الإحلال من خلال الإنجاب) على أنه ضروري للزيادة في الإيرادات العامة للدولة.

ونجد بعض الكتاب أمثال **سسميلش** (Sussmilich) في ألمانيا قد رأوا أن ثروة المجتمع تساوي الإنتاج الكلي مطروحا منه الأجور المدفوعة للعمال: **ثروة المجتمع= الإنتاج الكلي- الأجور المدفوعة للعمال**، وبما أن معدل الأجور يميل إلى الإنخفاض مع زيادة أعداد قوة العمل فإن مزايا النمو السكاني تصبح واضحة من حيث أثرها على ثروة المجتمع، إلا أنه بحلول القرن **الثامن عشر** أصبح واضحا **مبدأ تشجيع الزيادة السكانية** الذي نادى بها التجاريون مما أدى إلى زيادة مستويات الفقر[1].

6- الطبيعيون (Physiocrates)

كانت **أفكار الطبيعيون** هي الفلسفة المضادة لأفكار التجاريون. **يرى الطبيعيون أن الأرض** هي الأساس والمصدر الحقيقي **للثروة وليس السكان. وكان آدم سميث** من أشهر مؤيدي هذه الفكرة.

إعتقد **آدم سميث** أن هناك **توافق طبيعي بين النمو الإقتصادي والنمو السكاني**، وأن **حجم السكان** يتحدد بمستوى **الطلب على العمل** والذي بدوره يتحدد **بمستوى إنتاجية الأرض**. ومن جانب آخر فقد كان **كوندورسيه** في **فرنسا** يرى أنه ليس هناك تقدم تكنولوجي، وأنه مع تعاقب الأجيال سوف تزداد الممتلكات ومن ثمة **زيادة السكان**. على أن "**كوندورسيه**" يفسر بلوغ سعادة الفرد حدودها القصوى عندما يرتفع المستوى العام لرفاهية المجتمع الذي يعيش فيه والأسرة التي ينتمي إليها بدلا من زيادة عدد السكان.

والفكرة الرئيسية التي خلص إليها **كوندورسيه** أن **النمو السكاني** عندما يصل **حدوده القصوى** فإن **الحل النهائي** يكون من خلال **تحديد النسل.**

* أما الإنجليزي **ويليام جودين** فيرى أن **التقدم العلمي سوف يؤدي إلى زيادة العرض من الغذاء، وأن هذا الإزدهار لن يؤدي إلى تضخم سكاني، حيث سيقوم الأفراد طوعا بتحديد النسل.**

كذلك أشار إلى أن معظم مشاكل الفقراء لا ترجع إلى التضخم السكاني بل إلى عدم المساواة والطمع والرغبة في إحداث تراكم للممتلكات[2].

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite**.
[2]- **Ibid**.

نقد: مثل هذه الأفكار المثالية للطبيعيين قوبلت بالرفض على يد أحد العلماء الإنجليز الذين نالوا شهرة واسعة في مجال التنظير في علم السكان. وهو العالم روبرت مالتيس **(R. Malthus)** والذي مازالت نظريته التشاؤمية تلقى قبولا حتى يومنا هذا.

2/- النظريات السكانية المفسرة للخصوبة في علاقتها بالعوامل الإقتصادية

1- نظرية مالتيس Malthus (1798):

نشر روبرت مالتيس مؤلفه حول أساسيات السكان وتأثير السكان على رقي المجتمع، وهدف مالتيس إلى دحض وجهات النظر التفاؤلية حول السكان. وقد وضع إفتراضين رئيسيين وهما:

أولا: إن الغذاء ضروري لوجود البشر.

ثانيا: أن الحاجة إلى التزاوج (ومن ثمة الإنجاب) ضرورة من الضروريات الإنسانية المستمرة.

حسب **وجهة نظر مالتيس** فإن المشكلة الأساسية تتمثل في قدرة الإنسان على التكاثر أكبر من قدرة الأرض على إنتاج الحد الأدنى الضروري من الغذاء للإنسان **(حد الكفاف)**[1]. وشرح الفكرة الأساسية على إفترض أن **السكان** يتزايدون على شكل **متتالية هندسية**، بينما يتزايد **حد الكفاف من الغذاء** على شكل **متتالية عددية**، كما هو موضح في **الجدول الآتي:**

الزمن	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
السكان	2	4	8	16	32
حد الكفاف	2	4	6	8	10

ويعتبر **أجر الكفاف** وفقا **لمالتيس** الأجر الذي يحدث عنده **التوازن بين المواليد والوفيات.** فزيادة الأجر الحقيقي عن حد الكفاف سيؤدي إلى وجود فجوة بين المواليد والوفيات لصالح المواليد. لأن زيادة الأجر الحقيقي سوف تدفع إلى زيادة المواليد، ومن ناحية أخرى إلى تقليل الوفيات بسبب تحسن المستوى الصحي (تغذية أفضل). أما إنخفاض الأجر الحقيقي عن حد الكفاف فإنه سيقلل من الرغبة في إنجاب الأطفال، وفي نفس الوقت زيادة الوفيات بسبب سوء التغذية. وعلى ذلك فإنه عند **أجر الكفاف** يتحدد **الحد الأقصى للسكان** ومن ثمة تتعادل مستويات المواليد والوفيات[2].

- وفقا **لتحليل مالتيس** أن **نمو السكان** سوف **يتعدى نمو الغذاء**، مما يؤدي إلى وجود **نقص في الغذاء** والذي بدوره **يوقف الزيادة في أعداد السكان**، حيث يرى مالتيس أن **سوء التغذية** نادرا ما يعتبر **العامل** الذي يتحكم في **النمو السكاني** لأن هناك عوامل أخرى أهم منه. كما قسم عوامل الحد من النمو السكاني إلى مجموعتين:

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

[2]- **Ibid.**

- **المجموعة الأولى:** عوامل الحد الإيجابية: وتضم كل مسببات الوفاة **مثل:** الحروب، الأمراض، الأوبئة والمجاعات...إلخ.

- **المجموعة الثانية:** عوامل الحد الوقائية: وتضم كافة أشكال تحديد النسل بما في ذلك وسائل منع الحمل، الإجهاض...إلخ[1].

* إعتبارا من أن **مالتيس** رجل دين لا يعترف بكافة أشكال تحديد النسل، لأنه يرى السبيل الوحيد لتحديد النسل من إتباع الوسائل المتفقة مع الدين، ولذلك أطلق عليها مالتيس الموانع الأخلاقية(**Morale Restraints**) والتي تتمثل في تأخير سن الزواج، أو عدم الإنجاب حتى يشعر الرجل بأنه يجب أن يكون له أسرة وأطفال، وأنه قادر بالفعل على أن يقيهم شر الحاجة في المستقبل. أما الطرق الأخرى بما فيها وسائل منع الحمل، والإجهاض والوأد...إلخ، فإنها بالنسبة لمالتيس تقلل من كرامة الإنسان[2].

*** الآثار المترتبة على النمو السكاني:**

إعتقد مالتيس أن الفقر هو الأثر الطبيعي للنمو السكاني. فقد وضح الفكرة بأن الناس لديهم إتجاه طبيعي نحو الإنجاب، وأن الزيادة في عرض الغذاء لا يمكن أن تساير النمو السكاني. وفي سياق تحليله قام بقلب حجج آدم سميث رأسا على عقب. فبدلا من إعتماد النمو السكاني في الطلب على العمل (حسب رأي آدم سميث) يرى مالتيس أن الحاجة إلى الإنجاب تدفع دائما النمو السكاني لأن يتعدى الطلب على العمل. وبالتالي فإن **التضخم السكاني** (**Overpopulation**) معبرا عنه **بإرتفاع معدل البطالة** سوف يدفع **بالأجور إلى الإنخفاض** إلى المستوى الذي لا يمكن الأفراد من **الزواج والإنفاق على الأسرة**. ولكن عند هذا الحد من **الخفض للأجور** وفي ظل وجود **البطالة**، **وحاجة كل شخص إلى العمل** أكثر للحصول على **أجر الكفاف**[3].

أساليب تجنب آثار الزيادة السكانية:

إعتقد **مالتيس** أن **الشخص المثقف والواعي** سوف يدرك **مدى الألم لإنجاب طفل جائع**، أو **مستوى الألم الذي سيشعر به الفرد حينما يصبح مدينا لإطعام أطفاله**، مثل هذا الشعور سوف يدفع بالفرد إلى **تأجيل الزواج** أو **عملية الإنجاب** إلى الوقت الذي **يشعر فيه أنه قادر على إعالة أطفاله**. إذ تواجد هذا الدافع لدى الأفراد فإن **الآثار السيئة للنمو السكاني** يمكن تجنبها.

وعارض **مالتيس** أفكار **الإنجليزيين** الخاصة بمعالجة الفقر من خلال تدعيم وتقديم إعانات إجتماعية للفقراء. من **وجهة نظره** تؤدي هذه القوانين إلى زيادة الفقر لأن **تدعيم الفقراء** من طرف آخرين هو **ما يقلل الشعور بالمعاناة لدى الفقراء**، والتي تدفعهم إلى محاولة تجنبها من خلال تخفيض

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**
[2]- **Ibid.**
[3]- **Ibid.**

الولادات. فلو أن **كل فرد تحمل مسؤولية توفير الغذاء لأطفاله لأدى ذلك إلى تقليل معدلات الزواج ومن ثمة إنجاب عدد أقل من الأطفال**[1].

* **نقد:** بدأت الإنتقادات توجه له منذ بروز **مؤلفه عن السكان** سنة **1798** وتتمثل جوانب النقد فيما يلي:

- **نظرته التشاؤمية** من خلال تحليله حول **الغذاء والسكان وعدم إيمانه بالتقدم العلمي**. وأيضا كان يرى بأن **الزيادة في الأجور** التي صاحبت **الثورة الصناعية** في عصره سوف تؤدي فقط إلى **زيادة سكانية** لا يصاحبها **زيادة في الإنتاج الزراعي** اللازم **لإطعام الأفراد الإضافية**. أي أنه فشل في تحليله كما أنه **رفض** أن يعترف بأن **التطور التكنولوجي** أمر ممكن، وأن نتيجته النهائية هي مستوى أعلى من المعيشة وليس مستوى متدني لها.

- **إعتقاده الخاطئ** أن **القيد الأخلاقي** هو **العامل الوحيد** المقبول **لمنع الزيادة في أعداد السكان**، فقد جاء بعده من قبلوا أفكاره وإنتقدوه فيما يتعلق بتمسكه بقيمة القيد الأخلاقي، بإعتباره العامل الوحيد المقبول لمنع الزيادة. وأطلق على هؤلاء المالتسيون الجدد **(New malthusians)**، وهؤلاء يفضلون إستخدام موانع أخرى لتنظيم النسل بدلا من الإعتماد البسيط على القيد الأخلاقي.

- إستنتاجه أن **الفقر** هو **نتيجة حتمية لنمو السكان**، فوفقا **لوجهة نظره** يستطيع **العامل** أن يحصل على **مستوى معيشة مرتفع فقط** عندما **يؤخر سن الزواج** إلى الحد الذي يتمكن عنده من **تكوين أسرة**. (توفي بعدها **مالتيس** سنة **1834** بإنجلترا)[2].

* وقد **انتقدت أفكار مالتيس ونموذج مصيدة السكان** من وجهة نظر كبيرة في:

أولاهما: أثر التقدم التقني الذي زاد من إنتاجية الأرض ومن عرض الغذاء وما يزال، بحيث لم تعد "المصيدة" مقفلة بالشكل النظري المطروح في النموذج، وبالتالي قد تتمكن البلدان من الخلاص من هذه "المصيدة".

أما الإنتقاد الثاني: فهو موجه للإفتراض بأن **زيادة معدلات السكان الوطنية** مرتبطة بشكل مباشر وموجب **بالدخل الفردي للوطن**، لكن يبدو أنه **لا يوجد إرتباط** واضح بين **معدلات نمو السكان ومستويات الدخل في بلدان العالم الثالث**. حيث أنه نتيجة **لتقدم الطب وبرامج الصحة العمومية**، قد **هبطت معدلات الوفيات** بشدة وأصبحت مستقلة في هذه البلدان عن **مستوى الدخل الضروري**.

2 _ النظرية الماركسية (1834):

بعد **وفاة مالتيس** برز كل من **كارل ماركس وفريديريك أنجلز** في **ألمانيا** أين بدأت تنتشر أفكار مالتيس بألمانيا حيث شرع في سن التشريعات **ضد حالات الزواج** التي لايضمن المتقدم إليها أن أسرته

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite**

[2]- **http://www.alukah.net/web/rommany/19222,19:49,17avril2010.**

سوف تعيش عند مستوى من الرفاهية. غير أن هذه **التشريعات لم تؤت ثمارها** بسبب **إستمرار الأفراد في إنجاب الأطفال** ولكن من خلال **العلاقات غير الشرعية**، الأمر الذي أدى إلى **زيادة قائمة الأطفال غير الشرعيين** والذي تتولى الدولة الإنفاق عليهم، وتم وقف تلك التشريعات بعد ذلك مما أثرت في أفكار ماركس وأنجلز.

*** أسباب نمو السكان:**

لم يختلفا كثيرا في تحليل مالتيس وكانا من مشجعي **قضية المساواة بين الرجل والمرأة**، ولم يبديا إعتراضا حول تحديد النسل. ووفقا **لتحليل النظرية الماركسية** أن لكل مجتمع معين في كل مرحلة تاريخية قانون خاص للسكان به، والذي يحدد بدوره النتائج المترتبة عن النمو السكاني. بالنسبة **للنظام الرأسمالي** تتمثل **نتائج النمو السكاني** في **التضخم السكاني والفقر**. أما **النظام الإشتراكي** فإن **الزيادة السكانية يتم إستيعابها بواسطة الإقتصاد دون إحداث آثار جانبية للزيادة السكانية**. مثل هذه الفكرة دفعتهما إلى **رفض أفكار مالتيس**[1].

*** النتائج المترتبة على زيادة السكان:**

إختلف ماركس وأنجلز مع أفكار مالتيس على أن الموارد لا تنمو بنفس الوتيرة الذي ينمو بها السكان، كما أنهما يؤمنان بأن قدرة العلم والتكنولوجيا على زيادة الموارد من غذاء وسلع بمعدلات تساوي معدلات النمو السكاني.

ففي عام **1865** أشار **أنجلز** أنه مهما كان **حجم الضغط السكاني** الموجود في **المجتمع** لأن **الضغط الحقيقي** سيكون على **وسائل التوظف** وليس على **إمكانيات حد الكفاف**، وعلى هذا رفضا فكرة أن **الفقر يرجع إلى زيادة السكان**، بل **الفقر يرجع إلى فقر تنظيم المجتمع**، وبصفة خاصة **المجتمعات الرأسمالية**.

والفكرة الرئيسية لماركس وأنجلز "أن النتيجة الطبيعية لنمو السكان ليست هي الفقر وإنما هي الزيادة الجوهرية في الإنتاج" وهذا يكون في مجتمع منظم تنظيما محكما، مما تؤدي زيادة السكان إلى ثروة أكبر. نجد في تحليلهما أوضحا أن المجتمع الذي قدم فيه مالتيس نظريته (بريطانيا) كان فيه ثروة كافية للقضاء على الفقر، وحسب رأيهما أن الزيادة السكانية تؤدي إلى ثروة أكبر، لكن هذه الثروة تذهب إلى الرأسماليين وليس للعمال. فالرأسمالي يجرد العامل من أدوات الإنتاج ثم يحمله بأعباء كونه قادر على المجيء إلى العمل. مثلا: **العامل الذي يعمل 8 ساعات يحصل فقط على أجر 6 ساعات والباقي يذهب لصاحب المصنع في مقابل الأدوات التي يستخدمها العامل**[2].

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**
[2]- **Ibid.**

وأطلق **ماركس** عليها ما يعرف "**بفائض القيمة**" ويرى أن النظام الرأسمالي يعمل بإستخدام طبقة العمال للحصول على أرباح تمكنه من شراء آلات تحل محل العمال، الأمرالذي يؤدي إلى زيادة البطالة والفقر. وعلى هذا يرى ماركس أن مالتيس في تحليله إعتمد بالدرجة الكبيرة إنطلاقا من طبيعة النظام الرأسمالي آنذاك.

* يرى **ماركس** أنه إذا وجدت مجتمعات منظمة بصورة أكثر عدالة عن تلك السائدة في المجتمعات الرأسمالية، أي إذا سادت الإشتراكية كل المجتمعات، فإن مشاكل السكان التي تحدث عنها مالتيس سوف تتلاشى وتزول[1].

* **نقد لماركس:**

- من المتوقع أن تختلف الإتجاهات الديمغرافية في الدول الإشتراكية عن الدول الرأسمالية. أخطر الحقائق الديمغرافية الخاصة هي أن معدلات المواليد في الدول الشيوعية (الإتحاد السوفياتي) فيما **قبل 1990** إنخفضت إلى مستويات دنيا لدرجة أنه لم يعد من الممكن الإدعاء (مثلما فعل ماركس) بأن انخفاض معدلات المواليد مرتبط بالبرجوازية.

- وأيضا في سنة **1979** أشار أحد المسؤولين الصينيين إلى أن القانون الماركسي في الإنتاج لا يتطلب فقط إنتاجا مخططا للسلع، ولكن أيضا تخطيط للإنجاب من جانب البشر. وعلى ذلك فإن **الحكومة الماركسية في الصين** رفضت **الجذور النظرية لنظرية ماركس حول السكان**. وأن تتبنى أكثر البرامج الحكومية شدة في التعامل مع مشكلة النمو السكاني بهدف خفض معدلات الخصوبة من خلال فرض القيود على الزواج (أي تبني الحل المالتيسي) ومنع الحمل والإجهاض (الذي تقترحه المالتسيون الجدد) . وبهذا تمت إعادة صياغة النظرية الماركسية في ظل الواقع العملي.

3- نظرية التحول الديمغرافي:

تعارف الديمغرافيون على وجود مراحل يمر بها المجتمع البشري، وهي تتمثل أساسا في ثلاث مراحل ينتقل فيها السكان من مرحلة إلى أخرى:

المرحلة البدائية: وتتميز بمعدلات عالية للمواليد والوفيات، يمكن تحديد الفترة من العصور القديمة إلى العصور الوسطى في المجتمعات الزراعية ذات الدخل المحدود والتي كانت تسجل فيها معدلات عالية في الوفيات والولادات نتيجة الظروف الإقتصادية والإجتماعية في تلك العصور، والنتيجة أنه يحدث نمو سكاني بطيء[2].

المرحلة الوسطية: تتميز هذه المرحلة بثبات نسبي لمعدلات المواليد مع إنخفاض كبير في معدلات الوفيات نظرا للتحسن في الظروف المعيشية والصحية في أعقاب الثورة الصناعية أين تغيرت

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

2- تحليل شخصي للدكتور حفاظ الطاهر.

الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية بتحسين الظروف الصحية للسكان مما أدى إلى إنخفاض محسوس في الوفيات مع بقاء معدلات الولادات في مستوى مرتفع مما ينتج عنه نمو سكاني عالي أو ما يسمى بالإنفجار السكاني في دول العالم الثالث ويلاحظ في أواخر هذه المرحلة بوادر بداية إنخفاض خفيف لمعدلات الولادات.

المرحلة الثورية أو الحديثة: تتميز هذه المرحلة بمعدلات منخفضة للمواليد والوفيات وإنتشار الأسر ذات الحجم المتوسط. ظهرت هذه النظرية أساسا عند متابعة التغيرات الديمغرافية التي شاهدتها دول غرب أوروبا، وعمل الديمغرافيون على شرح هذه التغيرات نتيجة لتطور الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية في تلك الدول.

لكن تطبيق هذه النظرية على دول العالم الثالث لا ينطبق بالضرورة، حيث نلاحظ إنخفاض في معدلات الوفيات دون أن يصاحبه إنخفاض في المواليد، لأن العوامل التي ساعدت على الإنخفاض الحقيقي للخصوبة في دول غرب أوربا ليست نفسها في الدول المتخلفة وكذلك بالنسبة لوتيرة الإنخفاض[1]. **ولمزيد من التوضيح يتم تفصيل محتوى هذه النظرية منذ بداياتها الأولى فيمايلي:**

حيث في سنة 1929 قام **وارين تومسون** (Warren Thompson) بتجميع بيانات ديمغرافية لبعض دول أوربا. ومن خلال دراسة هذه البيانات توصل إلى أن التاريخ الديمغرافي لهذه الدول يوحي بإمكانية تصنيفها لـــ **3 مجموعات رئيسية** وفقا لأنماط السكان التي سادت هذه الدول كالآتي:

أ- **المجموعة (أ)** (شمال وغرب أوربا) تشهد نمو سكاني سالب (إنتقال من معدلات مرتفعة للزيادة الطبيعية إلى معدلات منخفضة).

ب- المجموعة (ب) (إيطاليا، إسبانيا، سلوفاكيا في وسط أوربا) عرفت إنخفاضا في المواليد والوفيات لكن معدلات الوفيات بها تعرف إنخفاضا أكبر من معدلات الموالي. وأنها تشبه الدول التي سبقتها في المجموعة (أ).

جـــ- المجموعة (جـــ) (باقي الدول) لم يتحصل على أية معطيات لكنه يتوقع أن تستمر في النمو إلى حد الكفاف وفقا لمالتيس.

في سنة 1945 قام **فرانك نوتشتاين Frank Nonestein** بإعادة دراسة تومسون على صيغته كالآتي[2]: - **المجموعة الأولى:** الإنخفاض الملموس للسكان.

- **المجموعة الثانية:** النمو التلقائي للسكان.
- **المجموعة الثالثة:** النمو المرتفع للسكان.

---

[1]- تحليل شخصي للدكتور حفاظ الطاهر.

2- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

ومن هنا برز **مصطلح التحول الديمغرافي** والذي يعبر عن **فترة النمو السريع للسكان** حيث ينتقل المجتمع من **معدلات مواليد ووفيات مرتفعة، أي النمو المرتفع إلى الإنخفاض الملموس**[1]. ومن الواضح أن نظرية التحول الديمغرافي بدأت في صياغاتها الأولى كوصف للتغيرات الديمغرافية التي حدثت في الدول **المتقدمة** بصفة خاصة عملية التحول من معدلات مرتفعة للمواليد والوفيات إلى معدلات منخفضة لكلاهما.

كان المفهوم في البداية عبارة عن ترتيب وصفي للدول وفقا لمعدلات النمو السكاني، والناشئ عن التركيبات المختلفة لمعدلات المواليد والخصوبة، ثم تم تطويره بصورة تؤكد أن **كافة المجتمعات السكانية** تشهد عملية **تحول ديمغرافي** عند **نقطة معينة في تاريخها**. ففي **المرحلة الأولى** من عملية التحول تؤدي تركيبة معدلات المواليد والوفيات المرتفعة إلى وجود مجتمع سكاني متوازن عند معدلات نمو سكاني منخفضة أو قد تصل إلى الصفر. ثم تأخذ بعدها معدلات الوفيات في الإنخفاض بسبب بعض العوامل الخارجية (عن سلوك النمو السكاني). مثل تحسن مستويات المعيشة والتغذية السليمة وإختراع الأدوية الفعالة وإنتشار الخدمات الصحية العامة. ويترتب عن إنخفاض معدلات الوفيات وإستمرار معدلات الخصوبة المرتفعة حدوث نمو كبير في السكان.

– وبهذا فإن **نظرية التحول الديمغرافي** تؤكد أنه **بعد فترة تأخير معينة تبدأ معدلات الخصوبة في الانخفاض أيضا كإستجابة لإنخفاض معدلات الوفيات**، وهو ما يؤدي إلى **إنخفاض معدلات النمو السكاني إلى مستوى توازني جديد** حيث تكون كل من **معدلات المواليد والوفيات منخفضة**[2].

وبناءا على ما سبق يمكن تلخيص **مراحل نظرية التحول الديمغرافي** في **03 مراحل** كالآتي:

ويتمثل جوهر **نظرية التحول الديمغرافي** في أن **هناك فترة تأخير بين إنخفاض معدلات الخصوبة وإنخفاض معدلات الوفيات وأن هذه الفترة تستمر إلى الحد الذي تتغير فيه الظروف الإجتماعية التقليدية وكذلك الظروف الإقتصادية وتتغير المؤسسات التي تشجع المستويات المرتفعة من الخصوبة. ويحدث التحول الناتج عن التحديث (Modernization) والذي يؤدي إلى تفضيل المستويات المنخفضة من الخصوبة، التي تتماشى مع المستويات المنخفضة للوفيات.**

ويقصد بعملية **التحديث** عمليات التصنيع والتحضر **(Urbanization)** وبالرغم من أن **عملية التحديث** هي التي تدفع **بمعدلات الوفيات نحو الإنخفاض** (بسبب التقدم الصحي وإرتفاع مستويات المعيشة)، إلا أنها تؤدي أيضا إلى **إنخفاض معدلات الخصوبة**[3].

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**
[2]- **Ibid.**
[3]- **Ibid.**

- غير أن **النظرية** قدمت **إقتراحا** لا يمكن تجاهله، وهو أن **مستويات الخصوبة والوفيات** تميل إلى أن تكون **مرتفعة** في **المجتمعات التقليدية** (غير الصناعية)، و**منخفضة** في **المجتمعات المتقدمة** (الصناعية)، وبين مرحلة المجتمع التقليدي (غير صناعي) والمجتمع الصناعي تكون هناك فترة تحول ديمغرافي. ولكن هل يمكن الإستفادة من هذا الإقتراح في أغراض رسم السياسة السكانية؟

- **الأهداف المرجوة من خفض معدلات الخصوبة:**

* إن إنخفاض الخصوبة (معدل المواليد) يرجع نتيجة لإنخفاض أهمية الحياة الأسرية (**Family life**) في المجتمعات الصناعية. فأصبح ما من حاجة إلى الأسرالكبيرة. فالحاجة إلى الأسرة الكبيرة تنبع من أن الأسرة الكبيرة تشكل بالنسبة للآباء مجمعا للمال، وكذلك لأن الأبناء يشكلون عنصر تأمين عند الشيخوخة بالنسبة للكبار.

- إن عملية **التنمية الإقتصادية** تؤدي إلى **إنتشار التعليم الإلزامي** بهذه **المجتمعات**، ومن ثمة **تخفيض أهمية الأطفال** من خلال سحبهم من سوق العمل، وهو ما ينعكس على إدراك الأفراد بأن **إنخفاض معدلات وفيات الأطفال** يعني أن **عددا أقل من الأطفال يجب أن يولد**[1].

* **هناك مدخلات لشرح التحول الديمغرافي من الناحية النظرية:**

المدخل الأول: يؤكد أن **إنخفاض الخصوبة** تعد إستجابة مباشرة **لإنخفاض معدلات الوفيات** حيث تصل المجتمعات في النهاية إلى تحقيق **التوازن بين معدلات المواليد والوفيات.** فعندما تنخفض معدلات المواليد بسبب التقدم في مجال الصحة وظروف المعيشة فإن التوازن بين المواليد والوفيات يختل، وتحدث زيادة في حجم السكان ما لم تتكيف معدلات المواليد مع ظروف الوفيات كما سبقت الإشارة إليها يأخذ فترة يطلق عليها فترة التأخير، ويعتمد طول هذه الفترة على سرعة إدراك الأسر لحقيقة أن معدلات الوفيات قد إنخفضت، وأن عددا أكبر من أطفالهم سوف يبقون على قيد الحياة، وهو ما يجعلهم يشعرون بأمان أكبر بالدرجة التي تجعلهم ينجبون عددا أقل من الأطفال، ومع ذلك يحصلون على العدد المرغوب من الأطفال.

المدخل الثاني: يقوم على أساس التحديث **(Modernization)** يخلق قوة دافعة نحو **تخفيض كل من الوفيات والمواليد.** فإن طول فترة التأخيرفي إستجابة الخصوبة بالإنخفاض يرجع إلى حقيقة أن **سلوك الخصوبة يعد جزءا لا يتجزأ من ثقافة المجتمع**، مما يجعل إنخفاض معدلات المواليد بصورة أكثر بطءا من إنخفاض معدلات الوفيات[2].

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

[2]- **Ibid.**

* ويجد مفهوم التحول الديمغرافي دلائل كثيرة تدعمه من الناحية التطبيقية سواء من الإتجاهات الديمغرافية في الدول الصناعية أو الدول النامية حيث دخلت معظم هذه الدول مرحلة التحول الديمغرافي.

*** مدخل التحديث والتحول الديمغرافي في الدول المتقدمة**

الفكرة الأساسية لنظرية التحول الديمغرافي: هي أن التحديث والذي عادة ما يناظر التصنيع والتحضر ومن ثمة الزيادة في متوسط نصيب الفرد من الناتج، يعد كافيا لإحداث خفض طبيعي وسريع في الخصوبة.

ويعد تطبيق مثل هذه النظرية على الدول النامية جد محدود مقارنة بأوربا، وذلك للنقص الكبير في النظرية حول تناول درجة التحديث اللازمة لإحداث إنخفاض في الخصوبة ومتى يحدث ذلك الإنخفاض؟ وكيف يحدث ؟ ولأي الدول يحدث بالضبط ؟

*الفروق بين **الدول المتقدمة والدول النامية** في **القرن 19** فيما يخص **بعض العوامل الإقتصادية والإجتماعية** والتي تعد أساسا **لنظرية التحول** وتتمثل هذه الفروق فيما يلي:

1- إن **الإنخفاض في الخصوبة** في **الدول المتقدمة** كان **تدريجيا** ومرتبطا **بالتنمية الإقتصادية والإجتماعية الحادثة** آنذاك. بينما **الإنخفاض السريع** الذي حدث في **معدلات الوفيات في الدول النامية،** يرجع بالأساس إلى **التكنولوجيا المستوردة من الخارج** وليس لمستوى **التنمية المحققة** في تلك **الدول.**

2- إن مستويات الخصوبة في معظم الدول النامية **أعلى منها** في أوربا خلال **القرن التاسع عشر.**

3- إن دول أوربا خلال **القرن 19** إستطاعت أن تخفف من حدة النمو السكاني من خلال **الهجرة على نطاق واسع إلى الأمريكيتين** وغيرها من **دول العالم الجديد.** الأمر الذي لا يعد متاحا بنفس الصورة **للدول النامية.**

4- معدل النمو كان **جد مرتفع** بالدول النامية مقارنة بدول أوربا خلال **القرن التاسع عشر،** وهو ما يعني أن **جهود التنمية** سوف **تجهض** نتيجة لهذه **المعدلات المرتفعة للنمو السكاني**[1].

* وقد إعتمد **نموذج التحديث** على أن **نظرية التحول** هي **الأداة الأساسية لتخفيض الخصوبة،** ومن ثمة **التحكم في النمو السكاني** في النهاية. والباحثون في **مجال التنمية** يرون أن **التقاليد** هي أحد **العوائق نحو التحديث** والتي يسعى هذا الأخير للتخلص منها نهائيا لكي يتحقق الهدف من التحديث بالنمو الإقتصادي.

[1]- http://www.aflaton.co.cc/ **OpCite.**

كذلك إن **نظرية التحول الديمغرافي** ترى أن **إرتفاع الخصوبة** أحد **العوائق** التي يجب **القضاء عليها** من خلال **التحديث** لبلوغ **نهاية التحول**. على سبيل المثال أجريت أبحاث حول الخصوبة في إفريقيا وأهم نتائجها أن **التصنيع والتحديث والتحضر** تؤدي كلها إلى **تغيرات** في **الهيكل الإقتصادي والإجتماعي** في **المعتقدات** – من خلال التغيرات الحادثة في المتغيرات الوسيطة التحضر التصنيع والتحديث – إلى **تخفيض مستويات الخصوبة**[1].

* **الشروط الأساسية لنجاح نموذج التحديث في تخفيض المستويات العامة للخصوبة وهي:**

1– أن تؤدي عملية التنمية إلى تحسين مستويات المعيشة لعامة السكان وليس لفئات معينة فقط .

2– أن تؤدي عملية التنمية إلى تحسين – **وليس إساءة** – في توزيع الدخل والثروة بين أفراد المجتمع جميعا.

3– أن تؤدي عملية التنمية إلى التأثير على المناطق الريفية بنفس المستوى – إن لم يكن بقدر أكبر – من المناطق الحضرية.

* ولعل مثل هذه الشروط تفسر بشكل جزئي **فشل برامج التنمية الإقتصادية** في التخفيف من **حدة النمو السكاني**، إذ عادة ما تركز تلك البرامج على **النهوض بمستوى المدن** كأولوية أولى، وكذلك نجد أن عملية **التصنيع** تتركز بشكل **أكبر في المدن** أو **المناطق القريبة من المدن** لإعتبارات كثيرة منها **سهولة الحصول على الخدمات والأيدي العاملة الماهرة والقرب من أسواق الإستهلاك**، وغيرها من التفسيرات التي تقدم عند **تبني خطط التنمية الصناعية في الدول النامية**.

غير أن **المشكلة الأساسية** هي أن **أكثر المناطق خصوبة** هي **المناطق الريفية** لأسباب – سالفة الذكر – يكون لها تأثيرا على **الخصوبة**، وهنا لابد أن تنهض **كل دولة** بأولوية شديدة لصالح **المناطق الريفية**[2].

هناك العديد من الدراسات التي تناولت **العلاقة بين التحديث والخصوبة** بشكل أساسي على مستوى المجتمع **مثل:** مستويات التعليم، متوسط نصيب الفرد من الدخل، نسبة المقيمين في المناطق الحضرية الذين يعملون في القطاع الصناعي، متوسط عدد أجهزة الراديو، أو توزيع الصحف لكل فرد، وبعض المؤشرات لإستهلاك الطاقة المتوسط لكل فرد، وتوقع الحياة للفرد عند الولادة، ونسب الإلتحاق بالتعليم الإبتدائي والثانوي، وعدد خطوط التلفون لكل فرد.

ونتائج تلك الدراسات ترى أن هناك **إرتباطا** بين **عملية النمو السكاني** وهذه **المؤشرات** حيث أشارت بعض الدراسات أنه يجب **التفرقة بين السبب والنتيجة** في إطار التغير في **عملية التحديث**.

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**
[2]- **Ibid.**

بالرغم من أن التحديث عند مستوى معين كان مرتبطا بمستوى الوفيات، إلا أن معدل المواليد ظل مرتفعا حتى بلوغ التنمية مستوى معين أطلق عليه **المستوى الحرج للتنمية** والذي أخذت عنده مستويات الخصوبة في الإنخفاض بإستمرار في إطار عملية التنمية.

*** أفكار كالدويل Caldwell:**

قدم بعض المقترحات حول طبيعة التحول من **مستويات الخصوبة المرتفعة** إلى **الخصوبة المنخفضة**. وينطلق **كالدويل** من فكرة أساسية أن **سلوك الخصوبة** في **مجتمعات ما قبل التحول وما بعد التحول** يعد **رشيدا من الناحية الإقتصادية**، وذلك في إطار **الأهداف الإقتصادية المحددة** من قبل **المجتمع** في ظل القيود المحددة أساسا **بالجوانب البيولوجية والنفسية**. حيث يرى أن هناك نوعين من المجتمعات هما:

المجتمع الأول: المجتمع الذي تكون فيه الخصوبة مستقرة عند مستويات مرتفعة، حيث يكون هناك خسارة إقتصادية تلحق بالأفراد من جراء عملية تخفيض الخصوبة.

المجتمع الثاني: المجتمع الذي يتحقق فيه عائدا إقتصاديا من عملية تخفيض مستويات الخصوبة.

ويرى **كالدويل** أن **المحدد الأساسي** للتحول الديمغرافي في تلك المجتمعات هو **حجم وإتجاه تدفق الثروة بين الأجيال – من الآباء إلى الأبناء ومن الأبناء إلى الآباء**- بدلا من كون الفرد أبا إلى أن يتوفى[1].

ففي **المجتمعات ما قبل التحول** (ذات الخصوبة المرتفعة) يكون نمط تدفق الثروة من الأبناء إلى الآباء. أما في **مجتمعات ما بعد التحول** (ذات الخصوبة المنخفضة) نمط تدفق الثروة من الآباء إلى الأبناء. ومن ثمة فإن إطار عملية التحول وبمقتضى **الخيار الإقتصادي الرشيد**، فإن **إختيار الأفراد** لابد وأن يتحول من **إنجاب الكثير من الأطفال** إلى إنجاب **عدد أقل أو عدم الإنجاب على الإطلاق**.

وحسب **تصور كالدويل** أن الإنتقال من الإرتفاع المستقر للخصوبة إلى التحول يعتمد بصورة أساسية على **طبيعة العلاقات الإقتصادية داخل الأسرة**. فالأسرة التي تحدد المزايا الإقتصادية للخصوبة وتتخذ القرارات الخاصة بالناحية الديمغرافية عادة لا تقتصر على الأفراد الذين يعيشون في أسرة واحدة، وإنما تضم أيضا المجموعات الأخرى ذات صلة القرابة والذين يقتسمون الأنشطة والأعباء الإقتصادية، وفي إطار هذه الأسرة فإن **صلة الجانب الديمغرافي بالجانب الإقتصادي** تكون قوية ومهمة للغاية.

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

* ويرى أيضا أن إنخفاض الخصوبة في مرحلة ما بعد التحول ينشأ من إستمرار تفكك النمو الأسري في الإنتاج، حيث تتزايد القدرة التنافسية لمشروعات الإنتاج الرأسمالية وتتحول علاقات الإنتاج بسبب التغير الحاصل على مستوى المجتمع.

* يرى **كالدويل** أن تبني النمط الغربي في الحياة**(Westernalization)** وما يطلق عليه أحيانا "**التغريب**" هو الذي يؤدي إلى **تخفيض الخصوبة في الدول النامية**، وليس عمليات **التحديث الإقتصادية والتحضر**. ويقصد **بالتغريب:** التغير الاجتماعي الناتج عن إستيراد أساليب الحياة من الغرب من خلال الإنتشار الثقافي لهذه الأساليب.

وأهم الجوانب المستوردة هي مفهوم تغلب الأسرة النووية **(Nuclear Family)**، ومفهوم تركز الإهتمام في الإنفاق على الأبناء فقط، والذي يعد صورة واضحة لتدفق الثروة بين الأجيال في المجتمعات التقليدية. ويحدث ذلك من خلال إنتشار المدارس القائمة على النظام الغربي، وإنتشار وسائل الإتصال على النطاق العالمي. وعلى ذلك يفسر **كالدويل إنخفاض الخصوبة في الدول النامية** بأنه **لا يعتمد على إنتشار التصنيع**، أو حتى على **معدل النمو الإقتصادي**، وإنما من الممكن أن يسبق **عمليات التصنيع**[1].

نقد:

إن **تحليل كالدويل** يعاني من نفس العيوب التي يعاني منها **نموذج التحديث،** بشكل أساسي ما هو المستوى المستورد من التعليم والثقافة المطلوبان لكي تحدث عملية تغريب السكان في الريف؟ وفي الدول النامية؟ وما هي الحاجة التي يؤثر بها التغريب على إنخفاض الخصوبة؟ [2].

*** مدخل الحاجات الأساسية والتحول الديمغرافي:**

هناك مدخل يسمى **مدخل الحاجات الأساسية (Basic Needs)** والذي يرتكز على أساس ضرورة إحداث تحول هيكلي بالشكل الذي يمكن للفقراء من الحصول على موارد أكبر بصورة كافية لتمكين هؤلاء من تحسين مستويات المعيشة ومن ثمة تخفيض مستويات الخصوبة. على سبيل المثال وجد هناك بعض الدول التي حققت إنخفاضا ملموسا في الخصوبة، والتي إرتكزت برامج التنمية فيها بشكل أساسي على أهداف تحقيق التكافؤ الإقتصادي بين السكان. حيث كان السكان في الأصل فقراء ويعملون بصفة أساسية في المناطق الريفية. مثلا نجد بين **سيريلنكا والهند والصين** حسب تحليل **Freedman** سنة **(1979)** أنها تشير إلى الخصائص التالية:

1- إرتفاع المستويات الصحية وإرتفاع توقع الحياة عند الولادة إلى الحد الذي يجعل عملية تحقيق المستوى المرغوب فيه من الأطفال، تتم من خلال عدد أقل من المواليد الجدد.

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**
[2]- **Ibid.**

2- إرتفاع مستوى التعليم لكل من الذكور والإناث إلى الحد الذي يجعل إعالة عدد أقل من الأطفال بمستوى تعليمي أفضل، يعطي إشباعا أكبر من عدد أكبر من الأطفال بمستوى تعليمي منخفض.

3- توفر برامج الرفاهية التي تعطي للفرد على الأقل الحد الأدنى من الكفاف للأغلبية الفقيرة من السكان والتي تقلل الحاجة من الإعتماد على الأطفال.

4- توفر وسائل الإتصال والمواصلات لنشر المعلومات والخدمات والسلع التي تحقق التغيرات الأخرى.

وخلاصة **تحليل فريدمان** لا يمكن أن يتحقق هذا التغير إلا إذا تم المزج بين العناصر في ذات الوقت، لتكون كافية لإحداث الإنخفاض المطلوب في الخصوبة[1].

* **تقييم لهذا المدخل:**

يركز هذا المدخل على أن **السياسات المصممة** على أساس تحسين مستويات الصحة والغذاء للسكان الفقراء تؤدي إلى **تخفيض المستوى العام للخصوبة**.

ومن آثار هذا المدخل من خلال سياسة توفير الحاجات الأساسية على الخصوبة. فهذه السياسات سوف تؤدي في النهاية إلى تخفيض مستويات الخصوبة حتى ولو لم تؤدي السياسات المبدئية إلى زيادة متوسط نصيب الفرد من الدخل **للأسباب التالية:**

1- تركيز الآباء بشكل أكبر على عدد الأطفال الذين سيبقون على قيد الحياة أكثر من حرصهم على عدد الأطفال التي سيتم إنجابهم. مع العلم أن إنخفاض **مستوى الوفيات للأطفال** سوف يؤدي إلى **إنخفاض في الخصوبة.**

2- إن الزيادة في **كمية ونوعية التعليم المتاح** سوف تؤدي إلى **تخفيض الخصوبة** بسبب طموحات الآباء والأبناء التي تزداد، لأن الآباء سيصبحون أكثر إيجابية ووعيا نحو **الحد من النسل.**

3- إن سياسات توفير الحاجات الأساسية تؤدي إلى زيادة درجة المساواة في توزيع الدخل القومي، والتي سوف تؤدي إلى إنخفاض الخصوبة.

وأيضا توصل مدخل "**الحاجات الأساسية**" إلى أن:

- هناك فترات تأخير في أثر إنخفاض وفيات الأطفال، وزيادة مستويات التعليم على الخصوبة وإن كان مقدار فترة التأخير غير معلوم.

---

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite.**

– على الرغم أن السياسات التي تركز على تحقيق العدالة قد تبدو واعدة بإنخفاض في الخصوبة إلا أن السؤال يظل مطروحا **ما هي سرعة حدوث هذا الإنخفاض؟**

– كما أن معرفة أثر برامج التنمية على الخصوبة لم تتحسن بإستخدام هذا المدخل (مدخل الحاجات الأساسية) عن إستخدام مدخل التحول الديمغرافي.

– من الخطأ الإعتقاد بأن تنفيذ سياسات توفير الحاجات الأساسية ستؤدي بالضرورة إلى إستمرار نمو السكان، أو بالإعتقاد بأن الحكومات التي تطبق هذا النوع من السياسات تفعل كل ما هو مطلوب لكي تخفض من نمو السكان. فالحكومات ما زالت تحتاج إلى إستخدام كل القوى التي تملكها لكي تتجنب الزيادة في حجم السكان التي يترتب عليها آثار سلبية خطيرة على إحتمالات حدوث التنمية في المستقبل ببلادهم.

– ومن الواضح أن مزج السياسات التي ترتكز على التنمية واسعة النطاق مع برامج ضخمة وفعالة لتنظيم الأسرة، سوف تؤدي إلى تخفيض الخصوبة بدرجة أسرع من الإعتماد على أي الإستراتيجيتين بصورة مستقلة.

– إن الدراسات المختلفة التي أجريت حول مدى فعالية برامج تنظيم الأسرة في تخفيض معدلات الخصوبة، بصفة مستقلة عن أثر العوامل الإقتصادية والإجتماعية. بعض الدراسات أكدت أن **جوانب العرض والطلب** (في صورة تزايد الإستخدام لوسائل تنظيم الأسرة) يساهم في **خفض الخصوبة**. ذلك أن **الطبقات الإجتماعية** ذات **الدخول المنخفضة** بصفة خاصة في **المناطق الحضرية** ترتفع **تطلعاتها الإستهلاكية**، وتواجه **صعوبة** تحقيق هذه **التطلعات** بسبب **التضخم وإستمرار اللامساواة في توزيع الدخل بين الأغنياء والفقراء**. ويتمثل **نمط التكيف** لدى هذه **الفئات** في **تخفيض الخصوبة** لتمكينهم من **تخصيص الوقت والموارد المالية للإستهلاك المادي** بدلا من **إنجاب أطفال جدد**[1].

* **تحليل السببية (Causality analysis)**

في تحليل السببية إستخدمت الدراسات التي تمت حول **محددات الخصوبة** إما **المدخل الجزئي (Micro)** أو **المدخل الكلي (Macro)**. وهناك شبه إتفاق بين الدراسات التي تمت عن **بعض العوامل** المرتبطة **بإنخفاض الخصوبة** بصفة أساسية حول أبرز العوامل:

– **تعليم وتوظيف الإناث.– إنخفاض وفيات الأطفال.– زيادة درجة العدالة في توزيع الدخل بالشكل الذي يحسن رفاهية الفقراء.**

على أنه ليس هناك إتفاق على أي من هذه العوامل يعد ضروريا وكافيا لإحداث عملية إنخفاض الخصوبة. أو حول الأهمية النسبية لكل عامل. ذلك أن علاقة السببية بين عامل معين وبين الخصوبة

---

[1]- http://www.aflatonco.cc/.**OpCite**.

معقدة وغير مباشرة. فالدخول المرتفعة والتعليم الأفضل وتحسين وضع المرأة وإنخفاض الوفيات وغيرها من مكاسب التنمية لا تؤثر بذاتها على الخصوبة بصورة مباشرة[1].

*** نماذج إختيار المستهلك (Consumer choice)**

من أجل فهم أفضل **لمحددات الخصوبة**، يعتمد هذا **المدخل** على أساس **إفتراض** مؤداه أن **الأسر** سوف تتجب **عددا أقل من الأطفال**، كلما **إرتفعت تكلفتهم** وفقا لهذا المدخل يعدون **سلعا إستهلاكية (Consumer Goods)** وهو ما يُخضِع الخصوبة **لتحليل الدخل والسعر التقليدي** والمستخدم في إطار **نظرية الطلب**، حيث يفرق الباحثون بين:

- **أثر الدخل**، حيث تؤدي **زيادة الدخل** إلى **زيادة الطلب** على **الأطفال كسلعة**.

- **أثرالسعرأوالإحلال**، والمتمثل في **تخفيض الطلب على الأطفال** عندما **يرتفع سعر الأطفال والخدمات**[2].

*** الإنتقادات الموجهة لهذا المدخل:**

- أنه يقتصر على الآثار المباشرة للدخل في الطلب على الأطفال.

- يفترض أن عملية صنع القرارات الخاصة بإنجاب الأطفال من طرف الآباء تقوم على أساس من الرشد الإقتصادي **(Rationality)**.

- أنه لا يأخذ في الإعتبار **الظروف المحيطة** بالأسرة **مثل:** الظروف الثقافية والنفسية والعادات والتقاليد...إلخ وهو ما يعد من **أهم القيود** على مدى ملاءمة هذا المدخل، إذ أنه يفترض أن **الأذواق أو التفضيلات ثابتة بين الأفراد**، ولذلك فإن هناك شك حول مدى ملاءمة هذا المدخل لطبيعة المشاكل التي تواجهها الدول المتخلفة.

*** دور الأذواق أو التفضيلات:**

حاول "**إيسترلن**" تعميم **المدخل الجزئي وسد الفجوة** بين هذا **المدخل والمداخل الإجتماعية** من خلال إدخال دور **للأذواق أو التفضيلات** كمتغير مهم في العلاقة بين **المتغيرات الإقتصادية والخصوبة**، عكس التصورات السابقة التي ترى أن الأذواق أو التفضيلات ثابتة.

إن **إيسترلن** إفترض أن **الأذواق متغير إجتماعي وإقتصادي** في نفس الوقت. من الناحية الإجتماعية تلعب **تفضيلات الأفراد** فيما يتعلق **بحجم الأسرة وخصائص الأطفال** دورا مهما في **الطلب على الأطفال**. وفي صياغته حدد إسترلن **المتغيرات الجوهرية** المحددة **للطلب على الأطفال** بأنها **الأذواق والدخل والأسعار**.

---

[1]- http://www.aflatonco.cc/**OpCite**.
[2]- **Ibid.**

فيما يتعلق بالعرض الممكن من الأطفال والمحدد **بالخصوبة الطبيعية** (أي الخصوبة التي تسود حالة عدم التدخل لتحد من عمليات الإنجاب) فيتحدد بإحتمالات بقاء الأطفال على قيد الحياة، وتكاليف تنظيم الخصوبة سواء النفسية **(عدم الإرتياح المصاحب لتطبيق فكرة تنظيم الخصوبة)** والسوقية **(الوقت والمال المنفق على تعلم وإستخدام أساليب معينة للتحكم في الخصوبة).**

وفي إطار **عملية التنمية** يشير إلى أن **قوى التحديث** ستؤدي إلى توليد **دوافع أقوى** نحو عملية **التحكم في الخصوبة**، من خلال **تخفيض التكاليف السوقية**. ويرى أن **نمط التخفيض** سيختلف من **إقليم إلى آخر** نظرا **للفروق** في **الظروف المحيطة بعملية التحديث** في كل واحد منها.

* ويرى أيضا أنه عندما يحدث **التوازن** بين **دوافع تنظيم الأسرة وتكاليفها** فإن الحوافز **نحو تخفيض الخصوبة تزداد** وتجعل **حجم الأسرة يتناقص**. ويطرح التساؤل التالي: متى وكيف يحدث الإنخفاض في الخصوبة في البلدان النامية؟ رغم أن **إيسترلن** أدخل متغير الأذواق كمتغير مهم في حسابات عملية إتخاذ القرارات من جانب الآباء. وهو ما جعل **المدخل الجزئي قريبا من الواقع العملي.**

كما يوضح "**إيسترلن**" أن الأذواق تتحدد **بالدين والتعليم ومكان الإقامة والقيم والمعتقدات والوضع الوظيفي والدخل أو كافة العوامل الإجتماعية والثقافية والنفسية والإقتصادية** التي تؤثر على الفرد طوال حياته. إن **نموذج "إيسترلن" أدى إلى زيادة الوعي بالحاجة التي تتناول العوامل الإقتصادية والإجتماعية كمحدد للخصوبة**[1].

*** نظرية ديفز**[2]:

تعد نظرية ديفز "التغير الإجتماعي والإستجابة" محاولة **للتوفيق** بين **التحليل الجزئي للإقتصاديين والتحليل الكلي للإجتماعيين**. ويعد هذا **المدخل** صورة أكثر عمقا **لتحليل التحول الديمغرافي**. إذ يرى ديفز أن الأسر تتبنى أسلوبا للإستجابة "متعددة الأطوار" (**Multiphasic Response**) للزيادة الطبيعية المستمرة الناتجة من السيطرة على الوفيات. وذلك بهدف تعظيم فرصهم الإقتصادية وتجنب الخسارة النسبية لوضعهم. وتتضمن **الإستجابة متعددة الأطوار** عمليات **تأخير الزواج وإستخدام أساليب التحكم في الخصوبة مثل:** الإجهاض، التعقيم ووسائل منع الحمل والهجرة الدولية. على أن **جهود الأفراد** في سبيل تحقيق **تخفيض للنمو السكاني** تنشأ مع **النمو الإقتصادي السريع.**

ووفقا لديفز فإن **الأسر** تخفض من **مستويات الخصوبة** الخاصة بها، ليس كإستجابة **للحاجة المطلقة أو الحساسية الثقافية** مثل نظام معين للقيم أو العادات، وإنما لكي يقوم الأفراد **بتعظيم**

[1]- http://www.aflaton .co.cc/ **OpCite**.

[2]- **Ibid**.

رفاهيتهم الإقتصادية وحماية وضعهم الإجتماعي المقارن بالأسر التي تقع في المحيط الذي يعيشون فيه. بمعنى آخر **يندفعون** نحو **تخفيض الخصوبة** نتيجة **لضغوط شخصية وليس لضغوط إجتماعية أو ثقافية.** حيث يدرك الأفراد الإستجابة في **سلوكهم الديمغرافي** تؤدي إلى **خدمة مصالحهم**، وأنهم يفعلون هذا الأمر حتى وإن تعارض مع **تقاليدهم وقيمهم المألوفة.** بمعنى أن **إستجابتهم هي إستجابات فردية للفرص المتاحة أمامهم لتحسين وضعهم الإقتصادي والإجتماعي.**

وحسب تصور نظرية ديفز أن **الأفراد بإمكانهم تحسين مستوياتهم الإقتصادية والإجتماعية** وفي نفس الوقت يساهمون في **تخفيض النمو السكاني.**

* **الإنتقادات الموجهة لنظرية ديفز:**

– الأسئلة التي ظلت تطرح حول ما هو التوقيت المناسب لحدوث ذلك الإنخفاض؟ ما هي الفروق للإستجابة في القطاعات المختلفة من السكان؟ كما أننا نحتاج إلى معرفة ما هي العوامل المختلفة (الإجتماعية والتاريخية والإقتصادية والبيئية) والمرتبطة بالأنماط المختلفة للإستجابة الديمغرافية للنمو؟.

* **استنتاجات عامة: (حول النظريات السكانية المفسرة للخصوبة في علاقتها بالعوامل الاقتصادية)**

* **منذ الستينات:** قدم الإقتصاديون تفسيرات للخصوبة تركزت على **دور العوامل الإقتصادية والإجتماعية** في **هبوط معدلات الخصوبة** إستنادا إلى دراسات سابقة حول التبعات الإقتصادية لنمو السكان السريع وإعادة صياغة المالتيسية، فمنذ بروز "**إقتصاد الأسرة**" أكد أكثر من واحد من علماء الإقتصاد على أن الخصوبة محددة بنفس القوانين الإقتصادية التي تحكم **سلوك المستهلك**، **فالأطفال** يحققون **منفعة** لذويهم، ويعتمد **العدد المرغوب** لديهم على **تفضيلاتهم وقيمة الدخل الذي يحصلون عليه.**

* **في أواخر السبعينات:** تم توسيع نطاق هذه الأفكارعلى الدول النامية، وبناءا على ذلك إتسع مفهوم تدفقات "الثروة بين الأجيال" على **الخصوبة**، وبالذات إذا كانت **الأم ذات عمل بأجر**، حيث أن **تربية الأولاد** تعني **التفرغ لهم، وإنقطاع الأجر كتكلفة الفرصة.**

– ولكن يقاوم هذا الإتجاه في التفسير من يرى أن الإنجاب **موضوع عاطفي** أكثر من كونه **إقتصادي** وأن الآباء لا يجرون **تحليل التكلفة** (المنفعة عند إنجابهم)، بل يتقبلون **إرتفاع تكلفة الإنجاب وتبعاته المعاصرة** من **تعليم أطول وذو نوعية أعلى وأكثر تكلفة**، وتلعب **مجانية التعليم والمنح الحكومية للإنجاب** دورا مهما في إبطاء **هبوط معدلات الخصوبة**، ولكنها لم توقفه بدليل حالة البلدان المتقدمة حاليا[1].

---

[1]- http://www.alukah.net/**OpCite.**

- ونظرا **للمصاعب** التي إكتنفت **النظرية الكلاسيكية للخصوبة** في القدرة على تفسير **مراحل التحول الديمغرافي** فقد إتجه **الإقتصاديون** إلى **الإقتصاد الجزئي ونظرية خيار المستهلك في الطلب على السلع**، وإتجهوا إلى إستعمال **مبادئ التحليل الإقتصادي**. **فقرارات المستهلك** تعتبر رشيدة، طالما أن كل فرد هو **وحدة من الإنفاق على كل السلع والخدمات** تعطى من نفس **المنفعة الحدية الإضافية** [1].

- وحديثا تم توسيع **خيار المستهلك** "إقتصاد العائلة" من **السلع والخدمات**، ليشمل **الطلب على الأطفال** بإفتراض أن **لسلوك الخصوبة رشادا إقتصاديا**.

* **وتعتبر النظرية الإقتصادية الجزئية للخصوبة** أن الحصول على الأولاد هو **سلعة إستهلاكية** أو **إستثمارية** مثل **بقية السلع**، وأن **الطلب على الأطفال** على مستوى **الأسرة** يمكن أن **يتأثر** أيضا **بتفضيلاتها**، من حيث عدد معين من الأطفال الباقين على قيد الحياة ضمن **نمط ثقافي معين**، ومن حيث **تكلفة تنشئة الأطفال وبمستوى دخل الأسرة**. وعادة ما ينظر **للأطفال** في **المجتمعات الفقيرة** على أنهم **سلع إقتصادية** إستثمارية، يتوقع منهم **عائد مستقبلي**، من خلال **عملهم أو إهتمامهم برعاية آبائهم** عندما يصبح هؤلاء **خارج القدرة على العمل**.

* وقد أظهرت **نظرية الإقتصاد الجزئي للخصوبة** "خصوبة الأسرة" بأن أفضل طريق لجعل العائلات **ترغب بعدد أقل من الأطفال** هو **رفع تكلفة تربية الطفل** من خلال تقديم **فرص تعليم أكبر لهم ولأمهاتهم، وتوسيع فرص العمل المأجور أمام النسوة الشابات، وتقليص فرص العمل للأطفال بوضع حد أدنى لسن العمل**.

* إن الكثير من **المتغيرات التنموية** ذات أثر إيجابي على **تخفيض معدلات الخصوبة** ونذكر من بينها: **إرتفاع الدخل وعدالة توزيعه وتقلص الفقر وإنتشار التعليم والصحة**. كما أن معظم المتغيرات السكانية الرئيسية ترتبط بمستوى التنمية البشرية للبلدان، أكثر من إرتباطها بمستويات الدخل أو بمعدلات نموه. مما يؤكد على أن **المدخل التنموي لقضايا السكان قد يشكل العمود الفقري لأي سياسة سكانية فعالة**[2].

3/ النظريات الثقافية:[3]

ومن أنصارها "**أرسين ديمون**" والتي ترتكز على الارتقاء الاجتماعي للفرد و**ستيرنبرج** Sternberg، وهي تحكم المنطق الإيديولوجي **وفرانك فيتر** Frank Fetter وهي تربط السكان بالغنى والفقر.

---

[1]- http://www.alukah.net/**OpCite**.

[2]- http://www.aflaton.co.cc/**OpCite**.

[3]- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: **مرجع سابق**، ص 82- 85.

- **نظرية أرسين ديمون (Arsene Dumont) (1849-1902):**

انتقد أرسين ديمون النظريات التي أخذت بالأساس الإحصائي أو الاقتصادي في تفسيرها للظواهر السكانية فالدلائل والحقائق العلمية برهنت على عدم صدقها، وارتكزت نظريته على الدراسات الإمبريقية التي أجراها على نمو السكان في **فرنسا** في الجزء الأخير في **القرن التاسع عشر**، وعرفت دراساته باسم **نظرية الارتقاء الاجتماعي**، وتقوم قواعد الارتقاء الاجتماعي في تفسير الظاهرة السكانية على الأتي:

1- تناسب الخصوبة تناسبا عكسيا مع الارتقاء الاجتماعي.

2- تناسب تقدم الفرد وقوة شخصيته ومقدار ترفه تناسبا طرديا مع الارتقاء الاجتماعي.

3- تقل كثافة السكان في البلاد الديمقراطية، وذلك على العكس من البلاد ذات النظام الطبقي الجامد، والذي يصعب فيه انتقال الفرد من طبقة اجتماعية إلى أخرى ويفسر ذلك بأن الفرد في المجتمعات الديمقراطية يسهل عليه التحرك من طبقة إلى أخرى ومن ثمة ينشغل ذهنه بهذا الموضوع، فيحدث نقص في معدل المواليد، أما العامل الفقير فيزداد نسله.

ويضيف "**ديمون**" أن **للمدن الكبيرة** في المجتمع الديمقراطي **جاذبية هائلة**، حيث تكثر **فرص العمل، فتزدحم المدن بالمهاجرين إليها**، وأيضا يشير إلى أن **أولئك** الذين يقومون **بأعمال** لا تبدو فيها **نمو الطموح الشخصي**، فإن حركة الارتقاء الاجتماعي لا تجذبهم سريعا، ومن ثمة لا يصبح محتملا أن تنخفض نسبة المواليد بينهم.

- **ستيرنبرج Stenberg:**

عارض هذا الأخير الفكرة التي مؤداها أن **التحضر والثروة** يؤديان إلى **انخفاض معدل الخصوبة** واعتنق الفكرة التي مؤداها أن **انخفاض معدل الخصوبة** يرجع إلى ما أسماه بتطور "**العقلية الرأسمالية**" حيث يتحكم **الأساس الأيديولوجي** في **تخفيض معدل السكان**، وعلى ذلك فإن **الرفاهية الاجتماعية** التي تسود **المجتمع الرأسمالي** هي التي تتحكم في **تحديد المرأة لنسلها.**

- **سومبارت_Sombart:**

أكد **سومبارت** أن روحا عالمية حطمت كل ما هو **قديم أو كلاسيكي**، وأن **الهجرة الريفية** إلى **الحضر** تؤدي إلى **إشاعة روح الحضرية** التي تهدف إلى **تحسين المستوى الاجتماعي** وهذه **الروح** تدعو إلى **الإقلال من معدلات الخصوبة.**

- **فرانك فيتر Frank fetter:**

يؤكد "**فرانك**" أن خطأ مالتيس يقع في تركيزه على الدافع الجنسي، بينما الإنسان في واقع الأمر مخلوق معقد يتحكم فيه عدد كبير من الظواهر، **فوأد البنات** لا يرجع إلى نقص الطعام في البلدان التي

انتشر فيها هذا العامل بل يعود إلى عامل ثاني هو **الخوف من العار**، كما يرى "**فيتر**" أن **الأسر الغنية** تخشى **تفتيت الملكية بين أبنائها** ولذلك **تلجأ إلى تحديد النسل**، أما **الأسر الفقيرة** فتعتبر **الأطفال** أحد العوامل الأساسية التي تؤدي إلى زيادة دخل الأسرة، وذلك بدخولهم لسوق العمل والإنتاج في سن مبكرة.

<u>ثانيا:</u> تحليل سوسيوديمغرافي للخصوبة

1/- تعريف الخصوبة

نجد أن **عاطف غيث** أدرج مصطلح الخصوبة ضمن الإستخدام الديمغرافي الحديث حيث أنه يشير إلى المعدل الفعلي للمواليد. كما أنه يشير أحيانا إلى القدرة على إنجاب الأطفال أو القدرة على التوالد، وتلك الفترة تنحصر بين الخامسة عشر والتاسعة والأربعين سنة"[1].

كما أن لفظ الخصوبة يطلق للدلالة على ظاهرة الإنجاب، والتي يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء[2].

ويوضح **مارتسون بيتس** المقصود بالقدرة الإنجابية، ويحللها بيولوجيا بقوله: "إن التركيب الفيزيولوجي هو الذي يحدد المدى الممكن لخصوبة الإنسان، وتستغرق قابلية الولادة لدى المرأة 35 سنة إعتبارا من تاريخ بلوغها (أي تاريخ بدء الحيض، حتى تاريخ إنقطاعه)، وخلال هذه المدة تصبح إحدى البويضات ناضجة مرة كل 28 يوم على وجه التقريب، فإذا لقحت هذه البويضة توقفت عملية إفراز البويضات 09 أشهر ينمو خلالها الجنين ويتطور، وإذا أرضع المولود من الثديين فقد يصبح إفراز البويضات غير منتظم خلال فترة من الزمن عقب الولادة، وهكذا يكون لدى كل إمرأة طاقة كامنة تتيح لها أن تلد 20 مرة بغض النظر عن إنجاب التوائم"[3].

أما **بيترينا ليبوي** (Petrina leeboy) فترى أن خصوبة الإنسان تتحكم فيها عدة عوامل منها ما هو بيولوجي، إجتماعي أو نفسي في آن واحد[4].

وهناك بعض العلماء في علم الإجتماع السكان من ذوو التوجه البيولوجي يميلون في تفسيراتهم للخصوبة في حدود عمليات بيولوجية بحتة كالإتصال الجنسي مثلا، وما يرتبط به في سياق قيمي ونفسي وصحي. وفي هذا الصدد قدم كل من كنجزلي دافيز **K. DAVIS** وجديث بلاك **G. BLACK** تصنيفا خاصا للميكانيزمات المباشرة المتحكمة في الخصوبة أو الإتصال الجنسي.

---

[1]- محمد عاطف غيث: **قاموس علم الإجتماع**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999، ص 186.

[2]- فتحي أبو عيانة: **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية، بيروت، 2000، ص 69.

[3]- دونيس رونج: **علم السكان**، ترجمة: محمد صبحي عبد الحكيم، مكتبة مصر، القاهرة، 1967، ص ص 83- 87.

[4]- Les actes des colloques international **: Fécondité et insularité,** Petrina leeboy : **la baisse de la Fécondité,** Un bilan des diverses interprétations scientifiques, Saint Denis de la réunions Du 11 – 15 Mai, 1992, p 242.

يركزهذا التصورعلى ما يلي: أن مولد الطفل يصبح أمرا مستحيلا ما لم يقع الإتصال الجنسي بين الزوجين، حيث ينتج عن هذا الإتصال وجود حمل مؤكد وناجح[1].

2/- مصادر جمع البيانات لدراسة الخصوبة

تعتمد دراسة ظاهرة الخصوبة على إحصاءات المواليد الأحياء، وبهذا لا يتم الأخذ في الحسبان المواليد الأموات ضمن دراسة الخصوبة، ويمكن الحصول على بيانات خاصة بهذه الظاهرة من ثلاث مصادر رئيسية هي:

أ- الإحصاءات الحيوية: تأتي الإحصاءات الحيوية وخاصة تسجيل المواليد في مقدمة المصادر الإحصائية للخصوبة.

ب- التعدادات السكانية: توفر التعدادات السكانية بيانات جيدة عن الخصوبة في بعض الأحيان، وذلك يعتمد على طبيعة الأسئلة الموظفة في الإستبيان أو إستمارة التعداد. مع العلم أن التعداد هو مصدر للبيانات عن تركيب السكان النوعي والعمري والزواجي، وبعض المتغيرات التي ترتبط بالخصوبة مثل: الحالة الزواجية، السن عند الزواج، مدة الحياة الزوجية.

جـــ- المسح بالعينة: توفر المسوحات المعتمدة على عينات البيانات التفصيلية اللازمة لدراسة الظاهرة، فهي يمكن أن توفر لنا البيانات نفسها والتعرف على أبعاد لا يمكن فحصها من خلال بيانات التعدادات[2].

3/- العوامل المؤثرة في خصوبة السكان

أصبحت العوامل المؤثرة في إرتفاع الخصوبة أو إنخفاضها والآثار المترتبة على تغيراتها من الإهتمامات الرئيسية في العالم ومن الموضوعات المهمة للندوات والمؤتمرات الدولية والإقليمية. ونظرا لإنخفاض معدلات الوفيات أو إتجاهها للإنخفاض التدريجي السريع في معظم البلدان. فقد أصبحت مستويات الخصوبة أحد مكونات النمو أو ضوابط التغير السكاني، وهي أحد العمليات الديمغرافية المرتبطة بديناميكية السكان، حيث تتأثر الخصوبة بمحددات بيولوجية مثل: العمر والقدرة على الإنجاب ومحددات إجتماعية مثل: الزواج وندرج هذه العوامل في ما يلي[3]:

1/3- العوامل البيولوجية:

لقد تعددت المحاولات والنظريات التي تحاول فهم السلوك الإنجابي مما يكشف أن الخصوبة ظاهرة معقدة تتداخل في تفسيرها عوامل عديدة[4].

---

[1]- السيد عبد العاطي السيد: **علم الإجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 226.

[2]- **www.ejtemay.com/showthread.php?=2779:30Septembre2007/15:14**.

[3]- **Ibid.**

[4]- **Ibid.**

أ/- العوامل المؤثرة في التعرض للجماع

1- العمر عند الدخول في الحياة الزوجية. 2- إستمرار العزوبة أو العزوف عن الزواج هناك نسبة كبيرة من النساء لم يدخلن الحياة الزوجية بعد. 3- المدة الفاصلة بين زواج وآخر.

4- الإمتناع الإختياري عن الجماع. 5- الإمتناع الإجباري بسبب العجز أو المرض.

6- تكرار الجماع.

ب/- العوامل المؤثرة في التعرض للحمل

1- عدم القدرة على الإنجاب بسبب العقم الطبيعي. 2- إستخدام وسائل تنظيم الأسرة أو موانع الحمل. 3- عدم القدرة على الإنجاب لأسباب إختيارية.

جـ/- العوامل المؤثرة في الحمل والوضع

1- الإجهاض القهري لأسباب غير إختيارية تؤدي إلى وفاة الجنين. 2- الإجهاض الإختياري لأسباب إختيارية تؤدي إلى وفاة الجنين[1].

2/3- العوامل الإقتصادية والإجتماعية والبيئية:

يمكن دراسة الخصوبة على مستوى الأفراد بحيث تكون المرأة هي وحدة الدراسة من جهة ووحدات الدراسة من جهة أخرى، وكذلك الإختلاف في مستويات الخصوبة من إمرأة إلى أخرى من خلال العوامل التالية:

1- التعليم: كلما إرتفع مستوى تعليم النساء قل متوسط عدد الأطفال للمرأة، أما التعليم الإبتدائي فيسهم في خفض الخصوبة قليلا. وبوجه عام كلما إرتفع مستوى التعليم إنخفضت الخصوبة أكثر مما يحققه تعليم الرجال، ويأتي **تأثير التعليم على الخصوبة من خلال أربعة طرق** هي:

أ- يؤثر على مستوى المعيشة وطريقة حياة الفرد.

ب- يستطيع الإنسان من خلال التعليم نفسه الحصول على المعلومات اللازمة لتأجيل الحمل أو منعه.

جـ- يعتقد أن مفاهيم ووسائل تنظيم الأسرة تلقى قبولا أكبر لدى المتعلمين.

د- يرتفع متوسط سن الزواج مع إرتفاع مستوى التعليم[2].

2- المهنة: لوحظ أن الأزواج من أصحاب المهن الفنية والتي تتطلب مهارة فائقة لديهم عدد أطفال أقل مقارنة بغيرهم.

---

[1]- www.ejtemay.com/**OpCite.**

[2]- **Ibid**.

3- **الدخل:** قد يفكر المرء أن زيادة الدخل تعني القدرة على إعالة عدد كبير من الأطفال فتكلفة تنشئة الأطفال تزداد مع زيادة الدخل وعلاوة على ذلك قد يكون الأغنياء بحاجة كبيرة لتوفير الغذاء الغني بالبروتينات لهذا العدد الكبير، وبالتالي يلجأ أغلبهم إلى التفكير بالأسرة صغيرة العدد.

4- **مشاركة المرأة في قوة العمل:** وهو موضوع الدراسة الحالي حيث تشير الكثير من الدراسات النظرية والتطبيقية التي أجريت في الدول المتقدمة أنه كلما إزدادت نسبة العاملات إنخفضت معدلات الخصوبة.

5- **نمط الحياة (مكان الإقامة في الريف أو الحضر):** لا شك أن نمط الحياة أو المعيشة وما ينطوي عليه من قيم وتقاليد يؤثر على حجم الأسرة، ومن ثمة ينعكس على السلوك الإنجابي للمرأة.

6- **الرضاعة الطبيعية:** حظيت الرضاعة الطبيعية بإهتمام كل العاملين في مجال الصحة والديمغرافيا، فقد وجد أن الرضاعة الطبيعية **تؤجل الحمل** بحوالي **04 أشهر في المتوسط.**

7- **سن الزواج:** يؤثر سن الزواج على الخصوبة فكلما إرتفع سن الزواج تقلصت فترة الإنجاب أو التعرض للحمل ويعتبر سن الزواج من العوامل الوسيطة المهمة التي من خلالها يتم تأثير مستوى تعليم المرأة على الخصوبة.

8- **الديانة:** تُجمع الأديان السماوية على أهمية التناسل وضرورة الحفاظ عليه وعدم الحد منه، وقد وُجد أن هناك تباين في مستويات الخصوبة حسب الديانة. فالدين الإسلامي على سبيل المثال يحث على التناسل والتكاثر مما يسهم في رفع الخصوبة لدى المسلمين.

9- **القيم والعادات والتقاليد:** تؤثر العادات والتقاليد في الخصوبة سلبا وإيجابا تبعا لنمط العادات والقيم السائدة فتسود بعض العادات والقيم التي تشجع الإنجاب في بعض المناطق، كما أن تعدد الزوجات قد يسهم في خفض الخصوبة[1].

10- **وفيات الأطفال الرضع:** يعتقد أن إرتفاع وفيات الأطفال يجعل الآباء يكثرون من الأبناء وذلك لتعويض الفاقد بسبب الوفاة، كما أن وفاة الطفل قبل الفطام يتيح المجال للحمل في وقت مبكر.

11- **إنتشار وسائل تنظيم الأسرة:** يعد إنتشار وسائل منع الحمل وفعاليتها أحد العوامل الوسيطة المؤثرة في الخصوبة. فتوفير وسائل تنظيم الأسرة وجعلها في متناول من يحتاج إليها يؤدي إلى إنخفاض الخصوبة[2].

12- **الضمان الإجتماعي وصناديق التأمين للمسنين والمتقاعدين:** هناك من يعتقد أن الضمان الإجتماعي وصناديق التأمين للمسنين يؤثر على الرغبة في الإنجاب.

---

[1]- www.ejtemay.com/**OpCite**.

[2]- **Ibid**.

13- الجندر: أو الحركة العالمية التي تسعى للعمل على المساواة التامة بين الجنسين دون مراعاة الإختلافات البيولوجية ولا الشرعية (وليس الذكر والأنثى). بما فيها من التمكين للنشر لكل صور العلاقات الشاذة العقيمة التي لا يوجد فيها تكاثر ولا نسل[1].

4/- مقاييس الخصوبة (معدلاتها)

هناك نوعان من مقاييس خصوبة، مقاييس المدة ومقاييس المجموعة، حيث تقوم مقاييس المدة بقياس المواليد التي تتم خلال فترة محدودة عادة ما تكون سنة واحدة. أما مقاييس المجموعة فإنها تهتم بقياس المواليد **(كل المواليد)** التي تتم بواسطة مجموعة معينة من النساء، وتتميز مقاييس المدة بأنها أسهل نسبيا من مقاييس المجموعة وغالبا ما تستخدم بصورة أكبر. كما أن لكل منها مزاياه وعيوبه سواء من حيث سهولة الحصول عليه أو من حيث الدلالة التي يبرزها. وفيما يلي نعرض أهم مقاييس المدة بدءا بالأبسط إلى الأكثر تعقيدا[2].

I /- مقاييس المدة:

1- معدل المواليد الخام: (Crude Birth Rate)

يعد هذا المقياس أكثر المقاييس إستخداما ، ويعرف بعدد الأطفال المواليد في عام معين مقسوما على إجمالي عدد السكان من كل الأعمار في نفس العام مضروبا في **1000**. ويطلق عليه لفظ الخام لأنه يبين الظاهرة الحيوية منسوبة إلى المجتمع ككل دون النظر إلى التركيب السكاني المتباين من حيث العمر والنوع والنشاط والخصائص الديمغرافية الأخرى، ونظرا لبساطة حسابه، إلا أن له عيب جوهري كونه يمزج مجموعات سكانية كثيرة تختلف الخصوبة فيما بينها إختلافا واضحا ولا يميز بين طبقاتها المختلفة ومدى تباينها في هذا الصدد.

وقد أصبح هذا المقياس معروفا لمناقشة المستوى العام للخصوبة، وذلك لمزاياه الكثيرة **نبرز 03 مزايا** منها كالتالي:- أنه سهل الفهم.- أنه يتطلب قدر قليل من البيانات ويسهل حسابه.

- من السهل أن نطرح معدل الوفيات الخام من معدل المواليد الخام لنحصل على معدل الزيادة الطبيعي الخام، وباستخدام هذا الأخير فإنه يمكننا أن نحسب معدل الزيادة الطبيعي الخام، وبإستخدام هذا الأخير يمكننا أنه نحسب معدل النمو السكاني أخذا في الإعتبار معدل الهجرة الصافي، ويحسب كالآتي:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد أحياء في سنة معينة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

---

[1]- أميمة أبو بكر وشرين شكري: **المرأة والجندر**، إلغاء التمييز الثقافي والإجتماعي بين الجنسين، دار الفكر، لبنان، ط1، 2002، ص 215.
[2]- **www.Yemen-nicinfo/contents/studies/details.phpPID=23052.**

2- معدل الخصوبة العام: (General Fertility Rate)

يتم قياس معدل الخصوبة العام من خلال قسمة عدد المواليد خلال عام معين على عدد النساء بين سن **15- 49 سنة** في منتصف تلك السنة كالآتي:

معدل الخصوبة العام = (عدد المواليد الأحياء خلال سنة معينة / عدد النساء في سن 15-49 سنة خلال نفس السنة) X 1000

نلاحظ أن هذا المقياس يحتاج إلى قدر أكبر من المعلومات لحسابه، إذ يحتاج إلى معرفة الهيكل العمري (Age structure) للنساء من سن **15- 49 سنة**، وليس مجرد العدد الإجمالي للسكان[1].

3- معدلات الخصوبة عند عمر معين: (Age Specific Fertility Rate)

تعد معدلات الخصوبة عند عمر معين واحدا من أكثر المقاييس تحديدا لقياس الخصوبة، حيث هذا الأخير يحتاج إلى سلسلة كاملة عن البيانات التي تتعلق بعدد المواليد وفقا لعمر الأم، وكذلك توزيع السكان وفقا للعمر والنوع. يقيس معدل الخصوبة عند عمر معين عدد المواليد التي تتم سنويا لكل ألف امرأة في سن معين **(عادة لكل مجموعة عمرية مداها 05 سنوات)** مثال: عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20- 24 سنة. على أن مثل هذه البيانات قد تكون غير موجودة أو قد لا يعتمد عليها، كذلك فإن معدلات الخصوبة عند عمر معين ليست رقما واحدا، وإنما على الأقل 7 أرقام أي 7 مقاسات (35 عاما متوسط فترة الخصوبة على 7 مجموعات عمرية مدى كل منها 5 سنوات)[2].

معدل الخصوبة عند عمر معين = (المواليد في عام معين للنساء في مجموعة عمرية معينة / عدد النساء في تلك المجموعة العمرية) X 1000

II/- مقاييس المجموعة:

إن الخاصية الجوهرية لمقاييس الخصوبة للمجموعة هي أنها تتناول أداء مجموعة من الناس. والمجموعة هي هؤلاء الذين ولدوا أو تزوجوا خلال فترة زمنية محددة. وهذا يختلف عن مقاييس المدة حيث تقوم بالقياس خلال مدة محددة. وتعد المقاييس الحديثة نسبيا في مجال الخصوبة، حيث لم تستخدم إلا في العشرين سنة الماضية، وتستخدم بشكل أساسي لقياس تفسير مستويات الخصوبة وإتجاهاتها.

أما العيب الأساسي لهذه المقاييس أنها تحتاج إلى بيانات من سلاسل زمنية طويلة نسبيا ومتسقة، مثل هذه البيانات عادة ما تكون نادرة حتى في المجتمعات المتقدمة نسبيا، أما العيب الثاني في هذا النوع من حيث التحليل أنه لا يصلح لعمليات التنبؤ، ومن ثمة حتى لو قمنا بإعداد هذه المقاييس فإننا لا نعرف بالضبط ما الذي سوف يحدث في المستقبل من حيث سلوك الخصوبة للمجموعات المختلفة[3].

1- Yemen-nic info/ OpCite.
2- Ibid.
3- Ibid.

4- معدل الخصوبة الإجمالي: (Total Fertility Rate)

نظرا لطول المدة المطلوبة لحساب الإحصاءات الخاصة بكل مجموعة والتي تقدر بحوالي 50 سنة والمجموعات الأخرى فإننا عادة لا ننتظر حتى تتم النساء فترة الإنجاب لتقدير مستويات الخصوبة لهن. لذلك نلجأ إلى إحصاءات الخصوبة عند عمر معين -السابق الإشارة إليها- ولتبسيط طريقة حساب معدل الخصوبة الكلي نعتمد على مجموع معدلات الخصوبة عند عمر معين مضروبا في خمسة لكل المجموعات العمرية من النساء كالتالي:

معدل الخصوبة الكلي = مجموع معدلات الخصوبة عند عمر معين×5.

ويقصد ب**معدل الخصوبة الكلي** هو متوسط عدد المواليد التي يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب[1].

5/- القواعد والمعايير الإجتماعية التي تحدد إتجاه الخصوبة

تعتبر مشكلة عدد الأطفال الذي يجب أن تنجبهم الزوجة ظاهرة شائعة بين المجتمعات المختلفة، حيث لا تجد أي مجتمع من تلك المجتمعات قد يخلو من المعايير الإجتماعية والقيم الثقافية التي توجه أفراد المجتمع نحو هذا العدد الأمثل.

ولا تتعلق خصوبة المرأة بطبيعتها قدر تعلقها بطبيعة النظام الإجتماعي، وما يتضمنه من عادات الزواج والمعاشرة، ويمكن إيجاز **القواعد والمعايير الإجتماعية** التي تحدد **إتجاه الخصوبة** فيما يلي:

1- نسبة النساء اللاتي في سن الحمل **(15- 49)** إلى جملة النساء عامة، حيث كلما إرتفعت هذه النسبة زاد الإحتمال في إرتفاع نسبة المواليد. أما إذا إرتفعت نسبة من هن أعلى من سن الخمسين، يكون مؤشرا لإنخفاض نسبة المواليد.

2- القيم الإجتماعية والمعايير المتعلقة بالتوقيت المناسب للزواج وكذلك الإنجاب، حيث تختلف درجة الإقبال على الزواج، وتحديد سن الزواج من مجتمع لآخر، كلما كان الزواج مبكرا، كلما طالت فترة المعاشرة الزوجية وإرتفعت نسبة الإنجاب. كلما تأخر سن الزواج أو قل الإقبال عليه كلما إنخفضت نسبة الإنجاب.

3- القيم الخاصة بالتوقيت المناسب للزواج سواء كان مبكرا أومتأخرا لها تأثير على زيادة معدلات الخصوبة أو إنخفاضها، (هناك شعوب تعمل على تأخير سن الزواج بهدف إختصار الفترة التي تستطيع فيها المرأة الإنجاب، ويختصر عدد الأطفال الذين يمكن أن يولدوا من 12 إلى خمسة أطفال أو أقل). فتأخير سن الزواج هو عامل من عوامل خفض معدلات الخصوبة.

[1]- **Yemen-nic info/ OpCite.**

4- القيم المتعلقة بكبر حجم الأسرة، وتكوين الوحدات الأسرية وتوقيت الإتصال الجنسي، وذلك على إعتبار أن الحجم الكبير للأسرة يضفي عليها هيبة ومكانة إجتماعية، بالإضافة للقيم المتعلقة بالعصبية، كل ذلك من شأنه أن يدفع الأفراد إلى إنجاب المزيد من الأطفال.

5- القيم المتعلقة بتعويض وفيات الأطفال، حيث يسود بعض المجتمعات خاصة تلك التي تشهد معدلات عالية من وفيات الأطفال أهمية كبرى في إنجاب المزيد من الأطفال خاصة بالنسبة للمتزوجين حديثا قبل أن يلقى أحد أو كلا الزوجين حتفهم، وبهذا تكون معدلات الخصوبة جد عالية في تلك المجتمعات.

6- القيم الخاصة بمدى الرغبة في إنجاب الطفل الأول وخاصة إنجاب الذكر، ومدى الرغبة في إنجاب أكثر من طفل لتوازن الأسرة، وذلك بغرض إنجاب أخ أو أخت للطفل الأول، وذلك تجنبا للمشكلات النفسية للطفل الوحيد في الأسرة. وهناك إختلاف واضح في معدلات الخصوبة والسلوك الإنجابي بين المناطق الحضرية والريفية ومناطق الأطراف والضواحي، حيث ترتفع معدلات الخصوبة في الريف وتنخفض في المدينة، تأخذ معدلات الخصوبة في الإرتفاع كلما إبتعدنا عن مركز المدينة متجهين نحو أطرافها[1].

ويتوقف **معدل المواليد الخام على عدة عوامل إجتماعية** أهمها:

أ- معدل الزواج وهو في ذاته مرتبط بعوامل تكنولوجية وإقتصادية وثقافية.

ب- التركيب العمري للسكان، أي إذا كان أغلبهم من الشباب والنساء في سن الحمل.

جـ- نسبة المتزوجات أي نسبة عدد النساء في سن الحمل **(15- 49 سنة)** المتزوجات بالفعل.

د- الجو الإجتماعي للخصوبة هو عبارة عن تفاعل عوامل مختلفة ومعقدة إجتماعية وثقافية ونفسية.

هـ- المستوى الصحي ومستوى معيشة الأمهات في المجتمع، ولهذا المستوى أثره في نسبة المواليد[2].

7- قيم تمركز السلطة في يد الذكور: تحرص بعض الأسر في بعض المجتمعات على إنجاب الذكر بعد الأنثى حيث تتمركز السلطة في يد الذكور، إن تمركز السلطة في يد الذكور وعدم مناقشة بعض القضايا المتصلة بالأسرة وحجمها ومشكلاتها مع الزوجة كان له أثر في زيادة معدلات الخصوبة، ويفسر ذلك أيضا رفض السكان في هذه المجتمعات لإستخدام وسائل منع الحمل[3].

---

[1]- حسين.ع.ح.أ.رشوان: **السكان من منظورعلم الإجتماع**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، د.ط، 2001، ص 145.

[2]- **نفس المرجع:** ص146.

[3]- علي عبد الرازق جلبي: **علم إجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص ص 280- 284.

6/ تأثيرات الخصوبة المرتفعة والولادات غير المنتظمة على صحة الأم والطفل

تظهر التأثيرات الخطيرة للإنجاب على صحة الأمهات والأطفال بالخصوص، وذلك في حالة عدم تنظيم الولادات، وخاصة عند تكرار الحمل وعلى فترات قصيرة، أو عندما تحمل المرأة في سن مبكرة أي **أقل من 18 سنة**، وفي سن متأخرة أي **أكثر من 35 سنة**، وقد تأكدت حقيقة هذه الأخطار في العديد من الأبحاث العلمية الطبية في البلدان المتقدمة، مع التذكير بأن تأثيرات الولادة غير المنتظمة على الصحة منتشرة في كافة البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، إلا أن هذه الأخيرة تكون فيها مخاطر الولادة أكثر، ونظرا للإرتباط الوثيق بين صحة الأطفال المولودين الجدد وأمهاتهم، فإن كل سنة يموت أكثر من نصف مليون من الأمهات خلال فترة الحمل أو عند الولادة، والأغلبية الساحقة منهن توجد في دول العالم الثالث، وذلك بسبب تكرارالولادات وعدم تباعدها، والفقروسوء العدالة الإجتماعية، وسوء التغذية والأمراض المعدية، مما إنعكس سلبا على صحة الأطفال[1].

أ- تأثير كبر حجم الأسرة على معدلات وفيات الأطفال:

إن كبر حجم الأسرة له تأثير كبير على صحة الطفل حيث دلت دراسة لمنظمة الصحة العالمية على أن فرص فقد الأجنة للمرة الرابعة أكثر إذا ما قورنت بالمرة الثانية والثالث كما أن بعض الخطر في الحمل الأول يمكن تفاديه ببذل المزيد من العناية الطبية أثناء الحمل وتوفرها أثناء الولادة، أما فيما يخص المواليد الأحياء فإن بقاؤهم على قيد الحياة يقل تدريجيا بعد الطفل الثالث[2].

ب- تأثير الولادات الكثيرة على نمو الطفل:

أثبتت العديد من الدراسات التي أجريت في مختلف البلدان أن تأخر نمو الأطفال الذين يأتي ترتيبهم متأخرين بين إخوانهم، كتأخر ظهور الأعراض الجنسية، وقلة وزنهم عن الوزن العادي عند الولادة.

جـــ- تأثير كبر حجم الأسرة وترتيب المولود على مستوى الذكاء:

إن مستوى الذكاء لدى الطفل الرابع والخامس ومن يليهما، ولدى الطفل الذي يولد في أسرة كبيرة أو عند الأم صغيرة السن أو كبيرة السن يكون أقل بكثير من مستوى ذكاء أطفال الأسرة الصغيرة، وقد أجريت دراسة في **تايوان 1985**[3] على أن مستوى الذكاء يبدأ في الهبوط بصفة عامة لدى الطفل الرابع والخامس ومن يليهما، كما أشارت بعض الدراسات أيضا ثبوت العلاقة الطردية الموجودة بين مستوى الذكاء والطبقة الإجتماعية للوالدين ومستوى تعليمهما.

---

[1]- Les enfants et le développement pendant les années 90**, Un ouvrage De Base de l'UNICEF**, publié à l'occasion du sommet mondial pour l'enfance 29-30 septembre 1990 Organisation des Nations Unis New York, UNICEF, p 53

[2]- عبد الرحيم عمران: **سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا**، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988، ص 287.

[3]- **نفس المرجع:** ص 291.

د- تأثير الفترة القصيرة بين حمل وآخر على صحة الطفل:

إن حالات الحمل التي تتعاقب بسرعة تكون معرضة للخطر أكثر، وخاصة الحمل الذي يحدث بعد عام واحد من الحمل السابق، ويمكن ذلك أن يؤدي إلى موت الجنين أو ولادته ثم وفاته مباشرة، وتبقى درجة الخصوبة عالية بالنسبة للفترة التي تقل عن عامين من الحمل السابق، وحسب دراسات أجريت في **25 دولة** والتي كان من نتائجها أن **تباعد الولادات** يسمح **بنقصان وفيات الأطفال** بنسبة **5%** إلى **40%** [1].

وقد أجريت منظمة الصحة العالمية دراسة أخرى لحوالي 42000 إمرأة مبحوثة في أمريكا اللاتينية وإفريقيا الشمالية وآسيا وكان أكثر من **9/10** أجبن على أن التقارب بين الولادات ضار بصحة الأطفال.

ويمكن القول أن **التباعد بين الولادات** له دور أساسي في **تحسين صحة الأمهات والأطفال**، لكن العدد الزائد من الولادات المتقاربة جدا يضعف الصحة سواء عند الأم أو الطفل، فقد أجري تحقيق في جنوب الهند لحوالي 6000 إمرأة في سنة **1980** [2]. تبين من خلاله أن معدل وفيات الرضع المولودين بين عدة أشهر وسنة كاملة كمدة فاصلة، كان تقريبا **200 في الألف** بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال بمدة فاصلة تقدر تقريبا بثلاث إلى أربع سنوات.

هـ- تأثير صغر أو كبر سن الأم على الحمل:

يعتبرمراعاة عامل سن الأم عند الإنجاب بغية التقليل من الأخطار الصحية، حيث ترتفع درجة تلك الأخطار لتصل ذروتها إذا تم الحمل قبل بلوغ **سن التاسعة عشر** أو **العشرين** أو **بعد سن الخامسة والثلاثين**، حيث يرتفع معدل موت الجنين أو الولادة قبل الموعد المحدد، كذلك ترتفع إحتمالات وفاة الطفل بعد الولادة في تلك الفترتين من عمر الأم، أكثر منها في الفترة الواقعة بين عشرين وأربعة وثلاثين سنة، والتي تعتبر أمثل فترة للإنجاب.

و- تأثير وفيات الأمهات مع تكرار الحمل:

يزيد عدد وفيات الأمهات (أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها) مع زيادة مرات الحمل، وتتعرض الأم متعددة الولادة لخطر الوفاة بنسبة أكبر ثلاث أو أربع مرات من نسبة تعرض المرأة ذات العدد القليل من الأطفال، وترجع المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات إلى أسباب عديدة منها: إنفجار الرحم، تسممات الحمل، أمراض الكلى، النزيف الدموي وغيرها.

---

[1]- Unicef: 1990, P 90.

[2]- James p. Grant : **La situation des enfants dans le monde unicef,** Paris, 1983, p 30.

ن- وفيات الأمهات بالنسبة للسن عند الحمل والولادة:

يعتبر عمر الأم عاملا هاما يؤثر على إرتفاع معدل وفيات الأمهات، فالنساء اللاتي يحملن بين سن 30 و40 سنة تبلغ نسبة تعرضهن لأخطار الوفاة أثناء الحمل والولادة ضعف نسبة تعرض النساء اللاتي يحملن بين **20- 34 سنة**، وهي الفترة المثالية للإنجاب. وكذلك ترتفع نسبة تعرض النساء فوق سن الأربعين إلى أربعة أو خمسة أضعاف النسبة الخاصة بالنساء بين العشرين وأربعة وثلاثين سنة، كما أن نسبة تعرض النساء اللاتي يحملن قبل بلوغهن سن العشرين تزداد نسبة وفاتهن.

ي- إزدياد مخاطر الولادة بإزدياد عدد الحمول:

يصاحب حمل المرأة كثيرة الولادة نسبة أكبر من مضاعفات الحمل وصعوبات الولادة، إضافة إلى إحتمالات الوفاة أثناءها وتشمل **المخاطر المصاحبة** للحمل **تسمم الحمل، إرتفاع ضغط الدم، فقر الدم (الأنيميا)، النزيف الحاد، إنفجار الرحم**، وهو عامل يكاد يختفي في البلدان الأكثر تقدما ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، إلا أنه مازال منتشرا في بلدان العالم الثالث، نظرا لتكرار الحمل وتتاليه وتمدد الرحم في كل مرة مما يضعف جدرانه بصفة مستمرة لدرجة التمزق مهددا بذلك صحة الأم والطفل معا، كما أن **الإستمرار** في **إنجاب عدد كبير من الأطفال** يؤدي إلى **زيادة التعرض** للإصابة **بسقوط الرحم، وسرطان عنق الرحم، وداء السكري** وغيرها من **الأمراض الخطيرة**[1].

* بالنظر لتلك المخاطر التي تلحق بصحة الأم والطفل معا، نجد الكثير من الدراسات التي حاولت وضع أهداف تسعى من خلالها التقليل من حدة تلك المخاطر، ومن بين تلك المهتمين بهذا المجال نجد "**مليكة لعجالي**" في مؤلفها "**تباعد الولادات في العالم الثالث، التجربة الجزائرية**"، حيث حددت **إمتيازات** تباعد الولادات فيما يلي:

- تضمن حياة الأم والطفل.- تعمل على إنقاص وفيات الأطفال والأمهات.
- تعمل على سلامة الطفل العقلية والجسمية.
- تعمل على رفاهية الأسرة، وترفع من مستواها الإقتصادي والإجتماعي والنفسي.

أما **أهدافها** فهي:- تجنب الحمول غير المرغوب فيها، وإنجاب المرغوب فيها فقط.

- تعديل العدد الإجمالي لنفس المرأة.- ضمان مدة فاصلة بين الحمول.
- الوقاية من الإجهاض وترك الأطفال دون رعاية[2].

---

[1]- La revue de praticient: **(journal d'enseignement poste universitaire)** (contraception)N° 38, 1987.
[2]- Malika Laadjali: **L'espacement des naissance dans le tière monde (l'expérience algérienne) OPU**, Alger 1985. P.15.

ثالثا: الوضعية الديمغرافية في الجزائر(بعد الإستقلال)

شهدت الجزائر بعد فترة الإستقلال نموا سكانيا معتبرا وذلك بفعل التغيرات الإقتصادية والإجتماعية التي مست أغلب الميادين، وذلك من خلال زيادة إنتشار المراكز الصحية وتحسن مستوى معيشة الأفراد، وحصولهم على الرعاية الطبية مما أدى إلى إنخفاض نسبة الوفيات لدى الأطفال، وكذلك توفير فرص عمل للأفراد ذكورا وإناثا.

1/- أسباب إرتفاع وإنخفاض الخصوبة في الجزائر

1/1- أسباب إرتفاع الخصوبة بعد الإستقلال:

- إنخفاض معدلات الوفيات سنة **1966** لدى فئات السن المختلفة.

- إرتفاع معدلات الزواج وتعدد الزوجات مما أثر على الخصوبة.

- إرتفاع مستوى المعيشة وإنتشار الرعاية الطبية لكافة السكان.

- إستقرار الأمن والنظام بعد إنتهاء الحرب التحريرية .

- الأمية تشكل عاملا هاما في النمو الديمغرافي وإرتفاع الخصوبة وذلك **لعاملين** هما:

* إنخفاض سن الزواج عند الأميات حيث قدر بـــ **17.8%**، بينما بلغ عند المتعلمات **22 سنة**.

* كثرة ولاداتهن بحيث أنه في **1980** أكثر من **90%** من الولادات كانت من طرف أمهات أميات[1].

2/1- أسباب إنخفاض الخصوبة بعد الثمانينات:

- الأزمة الاقتصادية وأزمة الطاقة التي مست البلاد وذلك من خلال إنهيار أسعار البترول كمورد رئيسي بنسبة **98%** من مداخيل الدولة، حيث إنخفضت المداخيل البترولية الجزائرية من **12.8 مليار دولار** لسنة **1985** إلى **8.3 مليار دولار** سنة **1986** وهذا الإنخفاض قدر بحوالي **80%** من **مداخيل البلاد**[2].

- عزوف الشباب عن الزواج بسبب الظروف الأمنية والإقتصادية الصعبة للبلاد.

- تفاقم أزمة السكن وتفشي البطالة بسبب تسريح العمال.

- الهجرة المستمرة من الريف إلى الحضر ووعي هؤلاء بضرورة التنظيم العائلي الذي يتناسب وطبيعة الحياة العصرية في المدينة.

---

[1]- **عائشة بورغدة: العاملة الجزائرية وتنظيم النسل، رسالة ماجستير في علم الإجتماع ، جامعة الجزائر، 1986، ص 88.**

[2]- **نفس المرجع:** ص 92.

– توفير موانع الحمل المختلفة وتوزيعها عبر الصيدليات الخاصة و الإنتشار الكبير لمراكز حماية الأمومة و الطفولة عبر التراب الوطني.

– زيادة حملات التوعية للأفراد بضرورة تطبيق التنظيم العائلي من أجل تحقيق الإنسجام والتوافق الأسري.

أما في سنوات **التسعينات** قد عرفت الجزائر **تحولا ديمغرافيا** حيث ساعدها في ذلك عوامل عديدة نذكر الأهم منها :

– إرتفاع المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة، لأن تعليم المرأة ساهم في تحولات الشروط الأنثوية، حيث يعتبر تعليم الفتاة المؤشر الرئيسي في الجزائر، وما يمكن ملاحظته أن تأخر سن الزواج والتقليل من عدد الأطفال والنشاط المهني للمرأة يتعلق مباشرة بدرجتها العلمية.

– خروج المرأة للعمل بشكل ملفت للنظر وولوجها لميادين كانت حكرا عليها وأصبحت تنافس الرجل على أعلى منصب في الدولة وهو موضوع الدراسة الراهنة. هذان المتغيران يساعدان على التأخير في الزواج، حيث أن هذا التأخير وكذلك تطبيق التنظيم العائلي يعتبران من محددات الخصوبة.

2 /– تطور عدد السكان في الجزائر (1962–2009)

بالنسبة لتطور عدد السكان في الجزائر إبتداءا من **(1962– 2009)**، أين تتضح للباحث الصورة الحقيقية للزيادة المعتبرة في عدد السكان من سنة لأخرى، وذلك ما تبرزه معطيات **الجدول** رقم **(13)**.

الجدول رقم (13): تطور عدد السكان في الجزائر من سنة 1962 إلى 2009.

السنوات / عدد السكان	السكان بالملايين	السنوات	السكان بالملايين	السنوات	السكان بالملايين	السنوات	السكان بالملايين	السنوات	السكان بالملايين
1962	10458	**1971**	13739	**1980**	18666	**1989**	24409	**1998**	29507
1963	10700	**1972**	14171	**1981**	19266	**1990**	25022	**1999**	29950
1964	11050	**1973**	14650	**1982**	19383	**1991**	25643	**2000**	30390
1965	11400	**1974**	15165	**1983**	20522	**1992**	26272	**2001**	30416
1966	11750	**1975**	15767	**1984**	21185	**1993**	26895	**2002**	30879
1967	12070	**1976**	16451	**1985**	21864	**1994**	27496	**2003**	31540
1968	12410	**1977**	17059	**1986**	22512	**1995**	28059	**2005**	32800
1969	12780	**1978**	17600	**1987**	23140	**1996**	28566	***2007**	33800
1970	13309	**1979**	18120	**1988**	23784	**1997**	29045	****2009**	35700

المصدر: – البيانات المستخلصة بالفترة الممتدة بين 1962– 1969 من:

(1) Tabutin Dominique et Jacques Vallin :**Op.Cite** :p 15.

– البيانات المستخلصة بالفترة الممتدة بين 1970– 1991 من:

(2) Statistique Speciale **: ONS, Series Statistique Retrospective**, 1962, 1990, p. 01.

– البيانات المستخلصة بالفترة الممتدة بين 1992– 2003:

(3) Zahia oudah Bedidi : **Op.Cite,** p 602

– البيانات الخاصة بسنة 2005:

(4) Dominique Tabutin Dominique Bruno Shomakher**: La Démographie du monde Arabe et Moyen-Orient,** Des Données 1950 au années 2000 (Synthèse des changement et Billan Statistique) Revue De la Population, édition Française Volume 60 N° 5- 6/ 2005. Septembre Décembre Pined, p. 625.

***www.ons.dz.**
****Ibid**

- يلاحظ خلال الفترة الممتدة بين (1962- 1971) زيادة عدد السكان بـــ **3941 مليون نسمة** وهذا بمعدل سنوي قدره **12.258 نسمة سنويا**.

- أما الفترة الممتدة بين (1972-1981) إن الزيادة في هذه الفترة كانت معتبرة إلى حد ما، حيث كان الفرق بين **1972- 1978** في حدود **4344 مليون نسمة** خلال **10 سنوات** وهذا ما يعادل **16762 ألف نسمة سنويا**، ويلاحظ أن عدد السكان تضاعف 4 مرات مقارنة بالفترة **1962- 1971**.

- الفترة الممتدة بين (1982- 1991) إن عدد سكان الجزائر إنتقل من **19564 مليون نسمة** إلى **25643 مليون نسمة** أي بزيادة قدرها حوالي **6 ملايين نسمة** في ظرف **10 سنوات**، أي ما يعادل **22467 ألف نسمة سنويا**، ويكون الفارق بين سنتي **1962- 1991** هو **15088 مليون نسمة** خلال **29 سنة**، وهذا يعني أن الزيادة كانت بمعدل **52000 نسمة سنويا**.

- أما المرأة العقيم غيرمرغوب فيها وهي نظرة لا تزال قائمة إلى حد اليوم، كل هذه الأسباب ساعدت على الزيادة السكانية في الجزائر، ويبقى أن نشير إلى أن هذه الزيادة أصبحت محل إهتمام السلطات الجزائرية بتطبيق سياسة التنظيم العائلي.

بعدما كانت **الزيادة الطبيعية** تقدر بـــ **3.16%** بعد الإستقلال مباشرة، لتصبح في حدود **2.47%** سنة **1989** لتصل إلى **1.69%** سنة **2005**.

لنتأكد من صحة هذه المعطيات حول نسبة التزايد الطبيعي في الجزائر بعد الإستقلال، أي إبتداءا من **(1966-1991)** حسب ماورد في **الجدول رقم (14)** الذي يثبت لنا أن هناك شبه إستقرار تام في نسبة النمو الطبيعي للسكان على طول تلك الفترة رغم التذبذبات المسجلة من سنة لأخرى.

الجدول رقم (14): تطور نسبة الولادات والوفيات والنمو الطبيعي في الجزائر من 1962 -2005.

الفترة/ البيان	نسبة الولادات %	نسبة الوفيات %	نسبة التزايد الطبيعي %
1962	48.5	14.60	%3.39
1967	50.12	-	-
1970	50.16	16.45	%3.37
1975	46.05	15.54	%3.50
1980	43.86	11.77	%3.21
1985	39.50	8.40	%3.11
1990	30.94	6.03	%2.49
1995	25.33	6.43	%1.89
1996	22.91	6.03	%1.69
1997	22.51	6.12	%1.64
1998	20.58	4.87	%1.57
1999	19.82	4.72	%1.51
2000	19.36	4.59	%1.48
2001	20.03	4.56	%1.55
2002	19.68	4.41	%1.53
2003	20.36	4.55	%1.58
2004	20.67	4.36	%1.69
2005	21.36	4.47	%1.69
***2007**	17.11	4.62	%1.21

المصدر: - البيانات من (1966- 1995) مستخلصة من:

(1)CENEAP :DEHKAR ETAUTRES : **La démographie algérienne face au grande question**, FNUAP, Alger, Mai 1999, P 23.

- البيانات من (1996- 1998):

(2) politique national de la population à l'horizon 2010 Ministère de la Santé, Alger, Juillet, 2002, P 9.

- البيانات من (1999- 2003):

(3) Données Statistiques : **Démographie Algérienne** N° 398, 2003, P. 1.

- البيانات من (2004- 2005):

(4) وزارة الصحة والسكان: **قسم السكان**: ديسمبر (2006).

- بيانات سنة (2007)

(5) www.ons.dz.

نلاحظ أنه خلال الفترة بين **(1966- 1975)** كانت نسبة النمو الطبيعي في حدود 3% ثم تراجعت النسبة إلى 98% سنة **1976** لتعود مرة ثانية إلى نسبة 3% سنة **1977** إلى غاية **1985**، ولكن إبتداءا من سنة **1986** وصلت إلى **2.74%** إلى أن أصبحت **1.69%** سنة **2005**، وهذا ربما يعود إلى النتائج الإيجابية لسياسة تنظيم النسل ومن المتوقع أن تتراجع إلى**1 % في السنوات المقبلة**.

وبناءا على بيانات **الجدول رقم (14)** الخاص **بتطور معدل النمو الطبيعي للسكان في الجزائر** خلال الفترة **(1966-2005)** يتضح لنا تقسيم تلك الفترة عبر **04 مراحل** وهي:

المرحلة الأولى: (الفترة الممتدة بين 1966-1980)

سجلت الجزائر خلال هذه المرحلة **أعلى معدلات النمو الطبيعي في العالم**، حيث كان هذا المعدل يفوق **3%o** بالرغم من البدء في إنشاء مراكز حماية الأمومة والطفولة على المستوى الوطني بالجزائر

العاصمة، وهران، قسنطينة. كما أن هذا **الإرتفاع المسجل** في **معدل النمو الطبيعي للسكان** يرجع **لعدة عوامل** نذكر منها:

– عدم إنتشار الوعي لدى الأسرة الجزائرية حول إستخدام وسائل منع الحمل نظرا لقلتها أو إنعدامها أحيانا.

– عدم قدرة الدولة على وضع آلية محكمة وواضحة لضبط سياسة التنظيم العائلي في هذه الفترة بالذات.

المرحلة الثانية: (الفترة الممتدة بين 1980– 1986)

إن هذه الفترة (**المخطط الخماسي الأول**) وهي مرحلة تميزت بحلول الأزمة الإقتصادية وأزمة الطاقة التي مست كل دول العالم بما فيها الجزائر، حيث إنهارت أسعار البترول كمورد رئيسي بنسبة **98%** من مداخيل الدولة، كما إنخفضت المداخيل البترولية الجزائرية من **12.8 مليار دولار** سنة **1985** إلى **8.3 مليار دولار** سنة **1986**، وهذا الإنخفاض قدر بحوالي **80%** من مداخيل البلاد[1].

أما في سنة **1986** ظهرت حملة كبيرة من طرف الدولة حول نشر مراكز حماية الأمومة والطفولة على المستوى الوطني، وتوعية الأفراد بفكرة التنظيم العائلي مع توفيرها لموانع الحمل، حيث إنخفضت نسبة النمو الطبيعي إلى **2.74%**.

المرحلة الثالثة: (الفترة الممتدة بين 1987– 1996) تميزت هذه الفترة بــ:

– إرتفاع نسبة الإناث في التعليم خاصة في التعليم الثانوي والجامعي.

– إنخفاض دور الدولة في التوعية لإنشغالها بقضايا أمنية.

– عزوف الشباب عن الزواج بسبب الظروف الأمنية والإقتصادية.

– تفاقم أزمة السكن وتفشي ظاهرة البطالة بسبب تسريح العمال.

– تزايد وإستمرار الهجرة من الريف إلى المدن.

المرحلة الرابعة: (الفترة الممتدة بين 1996– 2005)

حسب بيانات الجدول أن هذه المرحلة تبين لنا إستمرار إنخفاض معدل النمو الطبيعي في الجزائر، حيث تراجع من **1.68%** سنة **1996** إلى **1.48%** سنة **2000** ليرتفع قليلا سنة **2003** إلى **1.58%** نتيجة لتطبيق الأسرة الجزائرية لفكرة التنظيم العائلي ليصل إلى **1.69%** سنة **2005** وحسب الإحصائيات المتوفرة من شبكة الأنترنات وصل إلى **1.21%** وذلك سنة **2007**.

---

[1]- Lhoucine Aouragh : **intégration du facteur demographique dans la planification du développmenet en algérie,** these de doctorat en démographie et science sociale, EHESS, Paris,1994, P.36.

رابعا: تطور الخصوبة في الجزائر

1/- الولادات

إن ما ميز فترة الستينات في الجزائر هو إرتفاع معدلات المواليد حيث قدر بـــ **50 طفل لكل 1000** من السكان سنة **1970** [1]، بينما شهدت العشر السنوات **(1980- 1990)** تغيرات ملحوظة في الزيادة السكانية، ويمكن تقسيم تلك التغيرات إلى مرحلتين ففي النصف الأول من **1980** إلى **1985**. ومع الزيادة المؤقتة للدخول وزيادة إستهلاك الأسر، وصل عدد المواليد إلى أعلى مستوياته (أكثر من **845 ألف مولود حي** سنة **1985**) ولكن بالنظر للأزمة الإقتصادية التي هزت البلاد منذ النصف الثاني من الثمانينات وتأثيرها على المستويات الإجتماعية فإن سرعة الإنجاب وزيادة السكان بدأت هي الأخرى في التأثر حيث بلغ عدد المواليد الأحياء سنة **1990** حوالي **759 ألف مولود حي**، وهكذا فإن أول مظاهر إنخفاض الخصوبة بدأت تظهر بعد النصف الثاني من الثمانينات، خاصة بعد إتباع سياسة تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات مع بداية الثمانينات.

الجدول رقم (15): تطور معدلات المواليد في الجزائر 1962- 1998.

السنوات	المواليد	المعدل %	السنوات	المواليد	المعدل %
1962	419000	45.90	**1981**	774973	41.00
1963	503000	52.10	**1982**	790581	40.60
1964	516577	50.10	**1983**	812289	40.40
1965	507448	47.00	**1984**	833110	40.20
1966	560177	50.50	**1985**	845318	39.50
1967	533630	50.10	**1986**	764531	34.70
1968	532492	47.70	**1987**	782336	34.64
1969	580421	49.80	**1988**	788961	33.90
1970	603376	50.20	**1989**	741636	30.70
1971	606074	48.40	**1990**	758533	31.00
1972	620646	47.70	**1991**	755459	30.10
1973	643831	47.60	**1992**	786050	30.40
1974	646801	46.50	**1993**	759978	28.60
1975	667484	46.10	**1994**	760337	28.00
1976	670603	45.40	**1995**	711000	25.30
1977	727532	45.00	**1996**	654000	22.90
1978	711961	46.40	**1997**	654000	22.5
1979	739515	44.00	**1998**	607000	21.3
1980	759673	43.90	**1999**	**594000**	**19.82**

* **المصدر: وزارة الصحة والسكان: تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000، ص 63.**

من خلال معطيات **الجدول رقم (15)** يمكن تقسيم حركة المواليد في الجزائر إلى مرحلتين أساسيتين، فكل مرحلة تميزت بظروف خاصة والتي أثرت في معدلات المواليد سواء بالإرتفاع أو الإنخفاض.

[1]- ONS: **Annaux statistique de l'Algérie** N°15, 1991.

أ- المرحلة الأولى: (1962- 1985)

تتميز هذه المرحلة بإرتفاع شديد في معدل الولادات، حيث سجل أكبر معدل للمواليد سنة 1963 والذي يقدر بـــ **52.10%** وسجل خلال الفترة ما بين **(1962- 1975)** معدلات متذبذبة إذ أن قيمته تتراوح ما بين **45 %** و**52%**. وبعد ذلك إتجه معدل المواليد نحو الإنخفاض، إذ أنه لم يقل عن **40%** وذلك منذ بداية سنة **1985**، حيث قدر المعدل في تلك السنة ب **39.5 %** وهكذا يمكن القول بأن الفترة ما بين **1982- 1985** هي الفترة التي سجل فيها أكبر عدد من الولادات، والتي قدرت بأكثر من **800 ألف ولادة سنويا**.

والسبب في إرتفاع معدلات المواليد خلال تلك الفترة، يعود إلى حصول الجزائر على الإستقلال، مثل كل المجتمعات التي مرت بفترات صعبة من جراء الحروب، إزداد معدل الولادات لتعويض ما فقد في الحرب، وذلك من خلال إرتفاع معدلات الزواج وتعدد الزوجات وإنخفاض معدلات الطلاق.

أما فترة الثمانينات فنلاحظ إنخفاض معدلات المواليد والذي يرجع بالأساس إلى السياسة التي إنتهجتها الجزائر بالأخص تنفيذ البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي سنة **1983**، والنتائج المترتبة عن تطبيق البرنامج هي إرتفاع معدل إستخدام موانع الحمل، والتي كانت تقدر بـــ **2%** سنة **1962** لترتفع إلى **14%** سنة **1977** ثم **25%** سنة **1982**.

ب- المرحلة الثانية (1986- 1998)

تميزت تلك الفترة بإستمرار الإنخفاض في معدلات المواليد حيث سجل **34.7%** سنة **1986** مقارنة بسنة **1985** والتي سجل فيه المعدل **39.50%** أي بفارق **05 نقاط**، وإستمرت هذه المعدلات بالإنخفاض إلى غاية **1998** والتي سجل فيها **22.51%**، فهذا الإنخفاض في معدل الولادات، كان نتيجة لعدة أسباب منها: الإستمرار في الإستعمال المكثف لوسائل منع الحمل، والبرامج والإجراءات والتدابير التي طبقتها الدولة والمتمثلة في الإهتمام الرسمي والشامل بمسألة توجيه النمو الديمغرافي، وإنشاء عدد كبير من المراكزلتقييم خدمات تباعد الولادات.

2/- التحقيقات الكبرى الخاصة بالخصوبة في الجزائر

إن المتتبع للدراسات والتحقيقات الخاصة بالخصوبة في الجزائر، حيث يلاحظ أنها ركزت في البداية على الجانب الوصفي لمستويات وإتجاهات معدلات الإنجاب، دون التعمق في التحليل التفسيري لإختلافاتها ومحدداتها في إطار نموذج متكامل لمعرفة طبيعة تأثيرات المتغيرات الفيزيولوجية والإجتماعية والإقتصادية على السلوك الإنجابي للمرأة.

وكان من النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات والتحقيقات هو الحصول على أرقام ونسب ومنحنيات تسمح بالمقارنة والتصنيف، دون إعطاء شروحات حقيقية للظاهرة إلا أنه في الآونة الأخيرة عرفت هذه الدراسات تغيرا كيفيا ملحوظا، حيث أصبح يؤخذ بعين الإعتبار تأثير كل من العوامل

الإقتصادية والإجتماعية على السلوك الإنجابي للفرد، وهذا بغرض التعمق في فهم الظاهرة وشرحها في ضوء مؤشراتها المختلفة، لأن الهدف أصبح من وراء هذه الدراسات الحديثة هو الكشف عن الأسباب والمواقف التي يتخذها الأفراد اتجاه الإنجاب والخصوبة، كما أن التحقيقات التي تناولت موضوع محددات الخصوبة في الجزائر قليلة، لكن لا بأس أن نشير إلى ثلاث تحقيقات هامة تطرقت إلى هذا الموضوع ولو بصفة جزئية، فكل تحقيق تزامن مع مرحلة خاصة من المراحل التي عرفتها مستويات الخصوبة، وهذا ما توضحه النسب المتوصل إليها والتي تعكس وضعية الخصوبة.

أ- المدى الأقصى للإنجاب (تحقيق 1970)

عرفت مستويات الخصوبة إرتفاعا مذهلا بعد الإستقلال، وبغرض معرفة أهم الأسباب والعوامل التي كانت وراء ذلك، قامت مديرية الإحصاء بتحقيق وطني حول الإنجاب دام من **25 مارس 1970** إلى غاية **27 مارس 1971** [1]، وكان يهدف هذا الأخير إلى المعرفة المعمقة لظاهرة الخصوبة والعوامل المفسرة لها مثل: – تأثير الزواج على الخصوبة – تأثير العوامل الفيزيولوجية كالإجهاض والوفيات الرحمية على الخصوبة – تأثير الوسط الإجتماعي والثقافي على الخصوبة.

ب- تحول الخصوبة (تحقيق 1986)

إن مشكل التزايد السكاني في الجزائر لم يؤخذ بصفة جدية إلى مع بداية الثمانينات، وكان ذلك بعدما فشلت الدولة في تلبية كل الحاجيات الأساسية للسكان، وبهذا أعلنت الهيئات الخاصة أنه من الضروري وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي ومن بين **أهم أهدافه:** – **ترقية وضعية المرأة** وذلك عن طريق **التعليم والعمل** فهذين المتغيرين يعطيان للمرأة تصورا جديدا لمفهوم الأسرة القائمة على **الكيف لا على الكم**، وحتى المخطط الخماسي الثاني **(1985- 1989)** أكد على ضرورة الرفع من المستوى التعليمي للمرأة، وتوسيع مشاركتها في الحياة العملية، وضرورة القيام بأبحاث ودراسات تدور حول محددات التزايد السكاني وعلاقتها بالتنمية الإجتماعية والإقتصادية بهدف وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي في البلاد. ومن أجل ذلك أسندت وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، مهمة إجراء تلك الدراسات على شكل تحقيق وطني حول الخصوبة **(ENAF)** إلى المركز الوطني للدراسات والتحليل **(CENEAP)**، ودامت عملية إجراء هذا التحقيق تقريبا مدة 4 أشهر، بالضبط من شهر سبتمبر إلى غاية ديسمبر. ومن بين **الأهداف المسطرة** ضمن هذا التحقيق هي:

- قياس مميزات الخصوبة أي مستوياتها وإتجاهاتها.
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الخصوبة والعوامل الإجتماعية والإقتصادية والثقافية.

---

[1]- الديوان الوطني للإحصاء: **الديمغرافيا والاحصاءات الاجتماعية**، كراس رقم 1، ط 1، 1991، ص 51.

– قياس مستويات الوفيات التفاضلية، وكشف العلاقة بين وفيات الأطفال والخصوبة.

– دراسة النموذج العائلي حسب تكوينه.

– تحليل العلاقة بين الخصوبة والمدة الفاصلة بين ولادتين، وهذه الأخيرة ترتكز على العناصر التالية:* تأثير بيولوجي * الرضاعة * العقم * وسائل منع الحمل.

غير أن النتائج المتوصل إليها من خلال هذا التحقيق كانت كمية أكثر مما هي كيفية، وإعتمد هذا التحقيق على عينة في سن الإنجاب (**15– 49 سنة**) حيث بلغ حجم العينة **8461** من بينهن **3953 إمرأة** من **الوسط الحضري** و**4508** **امرأة** من **الوسط الريفي**[1].

وأهم النتائج التي أسفر عنها التحقيق ما يلي:

– أن الزواج ضرورة إجتماعية لدى المرأة الجزائرية، إذ سجلت نسبة **47.3%** من النساء اللواتي تزوجن في سن أقل من **17 سنة**، بينما نسبة **2.8%** فقط تزوجن في سن يزيد عن **25 سنة**.

– أن النساء الجزائريات تعيش تقريبا في نظام شبه طبيعي، بحيث لا يوجد أي أثر لإستعمال وسائل منع الحمل، ولا يعرف إنجابهن عراقيل سوى العقم المؤقت أو الدائم الذي يحدث عادة نتيجة للزواج المبكر.

– مهما كان السن الذي تتزوج فيه المرأة فهناك إستمرارية في الإنجاب.

كما توصل هذا التحقيق إلى أن إرتفاع مستوى الخصوبة عند هؤلاء النسوة مرتبط بإرتفاع المستوى المعيشي، والحالة الصحية للأسرة الجزائرية.

– الإنجاب في السنوات الخمس الأولى منخفض بصورة واضحة مقارنة بالسنوات الموالية، وهذا يكون عادة نتيجة للزواج المبكربالفعل، فالمرأة المتزوجة في سن مبكرة جدا تكون أقل إنجابا، وهذا يرجع إما لقلة إخصابها أو كثرة الوفيات الرحمية التي تتعرض لها، والنتيجة العامة من هذا التحقيق، هو أن النسل النهائي للمرأة الجزائرية التي تزوجت قبل **17 سنة** وبقيت متزوجة حتى **45-49 سنة** هو **9.2 طفل في المتوسط**، وهو يقارب الرقم الطبيعي للخصوبة[2].

إحتوت عينة الدراسة على **5300 أسرة جزائرية** بحيث وجهت لـ **4800 إمرأة متزوجة** يتراوح أعمارهن ما بين (**15– 49 سنة**)، كما إحتوت هذه الدراسة على نوعين من الإستمارة، وأهم النتائج المتوصل إليها كما يلي:

– **تأخر سن الزواج** بالنسبة للمرأة حيث إنتقل من **18.3 سنة** إلى **24 سنة**.

---

[1]- الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات: **الوثائق الرسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة**، قصر الأمم، 10 جانفي 1998، ص 24.
[2]– **مجلة الجزائر**: جانفي 1988، ص 36.

- **إنخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة** من **7.8** إلى **5.4 طفل في المتوسط.**

- **إرتفاع ملحوظ في نسبة إستعمال وسائل منع الحمل،** حيث إرتفع **3.5%** إلى **8.7** من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب.

- **وجود معرفة واسعة لوسائل منع الحمل** حيث نجد **98%** من المبحوثات تعرفن على الأقل وسيلة واحدة من تلك الوسائل، ومن بين الوسائل الأكثر إستعمالا نجد **الحبوب 74.4% العزل 8.7% اللولب 5.9%** الوسائل الأخرى **11%.**

كما تطرقت هذه الدراسة إلى سبب رفض الأسر لإستعمالها لتلك الوسائل، والتي قدرت نسبتهم بـــ **49.2%** حيث أن **35.5%** لم يستعملن أية وسيلة من تلك الوسائل، وذلك رغبة في إنجاب أطفال آخرين و**11.7%** بسبب رفض أزواجهن، **10.3%** بسبب التخوف من الأمراض الناجمة عن إستعمال تلك الوسائل، **9%** صرحن أنهن لا يعرفن طريقة إستعمالها.

- نسبة الأميات تمثل **68%** أما عن اللواتي تحصلن على مستوى إبتدائي قدرت نسبتهم بـــ **22%** و**10%** من اللواتي تحصلن على مستوى ثانوي أو جامعي[1].

جـــ- إستمرارية تراجع الخصوبة (تحقيق 1992)

بمشاركة وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، وجامعة الدول العربية، تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل على مستوى التراب الوطني سنة **1992**، في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة[2] تمثلت **أهداف المسح** في تحسين المستوى الصحي والإجتماعي للأم والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

- دراسة الظواهر الديمغرافية وإتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصاءات الرسمية.

- تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة وإتجاهاتها.

- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة وأثرها على صحة الأم والطفل.

حيث إعتمد البحث على **عينة عنقودية** متعددة المراحل موزعة بين الريف والحضر، بلغ حجمها **6694 أسرة**، شملت **5881 إمرأة** (متزوجة، مطلقة، أرملة)، ويتراوح سنهن بين **15- 49 سنة.**

أبرز النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح والتي تخدم موضوع الدراسة الحالي، تكمن في النقاط التالية:

---

[1]- **الديوان الوطني للإحصاء**: الجزائر، نشرة 1991، ص 44.

[2]- **جريدة الخبر اليومية**: العدد 610، 02 نوفمبر 1992، ص 10.

– لوحظ إنخفاض في مستويات الخصوبة إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة **4.4 طفل في المتوسط لكل إمرأة**، بعد أن كان **07 أطفال في المتوسط** في بداية **الثمانينات**.

وقد كان **المجتمع الحضري** أسرع في **المساهمة** في ذلك **الإنخفاض** على **المجتمع الريفي**، وذلك بنسبة **41%** مقابل **34%** على التوالي. وتشير نتائج المسح أنه كلما إرتفع السن عند الزواج كلما إنخفض مستوى الخصوبة. حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء للمبحوثات اللواتي تزوجن قبل بلوغهن سن **17 سنة 7.6 طفل لكل إمرأة** لينخفض إلى أن يصل إلى **2.6 طفل في المتوسط** لكل المبحوثات اللواتي تزوجن عند الفئة العمرية ما بين **25– 29 سنة**.

كما تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل وسيطة منها:– الفترة ما بين بداية الزواج والمولود الأول كما لوحظ أن متوسط تلك الفترة بلغت **17 شهرا**. – طول الفترة ما بين المولود الأخير والسابق له مباشرة والتي قدرت بـــ **30 شهرا**.

وأظهرت نتائج المسح أيضا أن هناك إرتفاعا في نسبة المبحوثات اللواتي أجهضن على الأقل مرة واحدة، وذلك بنسبة **22%** أي **105 حالة إجهاض** لكل **1000 مولود حي**.

أما بالنسبة **لفقد الأجنة سواء مواليد أموات أو إجهاضات** فقد بلغت نسبتهم **10%** من مجموع الأحمال. والجدير بالذكر أن نسبة حالات الحمل لم تنتهي بولادة حية، حيث لم تظهر إتجاه في الإنخفاض كما هو الحال بالنسبة لوفيات الرضع، أين سجلت هذه الأخيرة إنخفاضا ملحوظا خلال هذا المسح، إذ قدرت بنسبة **45%** بعدما كانت في **بداية السبعينات** تصل إلى أكثر من **120%** [1].

أما فيما يخص إستعمال وسائل منع الحمل قد بينت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن هناك معرفة واسعة لوسائل منع الحمل، حيث بلغت نسبة درجة المعرفة بتلك الوسائل **99%**. كما أن نسبة المبحوثات **75%** من اللواتي إستخدمن على الأقل وسيلة واحدة منها، وأن النسبة الأكثرإستخداما تكون للوسائل الحديثة عن الوسائل التقليدية وذلك بنسبة **66%** مقابل **27%**. حيث اعتبرت الحبوب هي أكثر الوسائل إستخداما وذلك بنسبة **64%** تليها **الرضاعة الطبيعية** بنسبة **18%** وبلغ **متوسط إستعمال المبحوثات** لهذه الوسيلة **12.5%**، والسبب الرئيسي وراء هذا الإستعمال هو تأجيل الحمل وذلك بنسبة **80%** [2].

ومن بين النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح، هو وجود تغير في مستوى ونمط الزواج، وكان لذلك تأثير مباشر على مستويات الخصوبة. فمتوسط السن عند الزواج الأول عرف إرتفاعا كبيرا، حيث بلغ **26 سنة** عند **الإناث** و**30 سنة** عند **الذكور**. فيما يتعلق بزواج الأقارب نجد أن أكثر من ثلث المبحوثات تزوجن بأقاربهن، كما لوحظ أن نسبة المبحوثات اللواتي تزوجن من أقاربهن تقل

---

[1]– فؤاد بسيوني متولي: **المشكلة السكانية**، كلية التربية، طنطا، 1998، مركز الاسكندرية للكتاب، ص 104.
[2]– **وزارة الصحة والسكان**: 1999، ص 28.

عند المبحوثات المتزوجات حديثا، وتنتشر هذه الظاهرة بكثرة في المناطق الجنوبية، وتنخفض بإرتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة[1].

أما فيما يخص مواقف المبحوثات اتجاه خصوبتهن وسلوكهن الإنجابي، فقد بينت نتائج المسح أن الرغبة في إنجاب طفل آخر، تقل إذا ما كان التركيب النوعي للأطفال مكونا من ذكور وإناث، حيث نجد نسبة أكثر من **60%** من نساء تلك الأسر لا يرغبن في إنجاب أطفال آخرين، أما الأسر التي تتركب من جنس واحد من الأطفال **(ذكور فقط أو إناث فقط)** فنجد نسبة **29%** من اللواتي يرغبن في إنجاب طفل آخر.

وعندما طرح على المبحوثات سؤال حول **العدد المرغوب فيه من الأطفال الذي يرينه مناسب،** قد بلغ **04 أطفال** في **المتوسط لكل إمرأة**، وهو لا يختلف كثيرا عن الخصوبة الفعلية للمبحوثة، الذي بلغ **4.4 طفل في المتوسط**[2] جميع هذه المؤشرات تعد إيجابية، تشير إلى توقع إستمرار إنخفاض مستوى الخصوبة في المستقبل، أي ظهور نموذج إنتقالي جديد للخصوبة يتجه من المستوى المرتفع إلى المستوى المنخفض، ويتضح هذا الإتجاه أكثر عند الأخذ بعين الإعتبار أن هناك رغبة في أن يكون **نمط الطفلين** هو **النموذج المثالي السائد، وتفضيل تأخر سن الزواج وظهور رغبة قوية في إستخدام وسائل منع الحمل.**

د- المسح الجزائري لصحة الأسرة (EASF)

أجري **المسح الجزائري لصحة الأسرة** سنة **2002** من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث شملت عينة الدراسة أزيد من **20.000 أسرة** موزعة عبر التراب الوطني وكانت نتائج المسح فيما يتعلق بمدى معرفة المبحوثين لوسائل منع الحمل ما يلي:

- أغلبية النساء المبحوثات يعرفن أكثر الحبوب واللولب، أما البعض الآخر فيعرفن الواقي الذكري والحقن، وتمثل نسبة **70%**، أما ربط قناة فالوب فهي معروفة عند **ثلثي** من النساء **و37%** ممن يعرفن طريقة المراهم.

- أما بالنسبة للطرق الأخرى لاسيما الواقي الأنثوي والتعقيم الذكري فهي معروفة بنسب قليلة جدا.

- أما بالنسبة لموانع الحمل التقليدية كالرضاعة الممتدة وطريقة الحساب والعزل وهي الطرق الأكثر إستعمالا تمثل **85%، 76% و68%** على التوالي. أما بالنسبة لإستخدام موانع الحمل خلال فترة الخصوبة فكانت النتيجة أنه ما يقارب **78%** من النساء المتزوجات قد إستعملن **طريقة واحدة** من

---

[1]- معن خليل عمر: **علم اجتماع الاسرة**، الشروق للنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1994، ص 217.

[2]- **نفس المرجع:** ص 221.

موانع الحمل، ومنهن **76%** قد إستعملن موانع حديثة، بينما **24%** إستعملن موانع حمل تقليدية معروفة، منهن **78%** و**22%** من النساء المتزوجات يستعملن موانع الحمل وقت التحقيق.

– أما نسب إستخدام تلك الموانع عند المبحوثات فمنهن **86%** ممن يردن إستعمالها حاليا ولاحقا ومنهن **12%** من يردن إيقاف إستعمالها لينجبن، ومنهن **01%** لا تصرح، وأخرى تمثل نسبة **01%**.

– أما بالنسبة للإستعمال الحالي حسب معطيات التحقيق أن نسبة الإستخدام قدرت بـــ **57%**سنة **2002** مقابل **50.7%** سنة **1992**، ومن بين الوسائل الأكثر إستخداما الحبوب التي تبقى الوسيلة الأنسب للجميع.

– أما بالنسبة للإستعمال حسب الوسط السكني فيشير التحقيق أن نسبة النساء القاطنات في الريف يتقارب مع مستوى القاطنات بالحضر وهما على التوالي **54%**، **59%** وبين هذا الفارق **5 نقاط،** حيث أن هذا الفارق يدل على وجود **13 نقطة** في سنة **1992**. وأيضا بالنسبة للأميات فقط إرتفعت نسبة إستخدامهن لموانع الحمل بـــ **52.9%** سنة **2002** بينما كان **43.9%** سنة **1992**، ويشير التحقيق أيضا عن إرادة النساء المتزوجات من**(15–49سنة)** في رغبتهن في إنجاب المزيد من الأطفال، فتبين أن **48%** من يرغبن التوقف عن الإنجاب و**31%** يرغبن في زيادة طفل آخر و**12%** يعبرن عن إرادة الله و**7%** لا تستطيع أن تحمل و**2%** مترددة[1].

3/– تطور معدلات الخصوبة في الجزائر:

تطرقت الباحثة بنوع من التفصيل إلى التطورات التي شهدها كل من معدل الخصوبة العام، ومعدل الخصوبة حسب فئات السن والمؤشر التركيبي للخصوبة منذ فترة ما بعد الإستقلال إلى غاية سنة **2002** فيما يلي:

1/3– معدل الخصوبة العام:

عرف معدل الخصوبة العام في الجزائر إنخفاضا مستمرا، حيث إنتقل من 225.62‰ سنة 1966 إلى 198.63‰ سنة 1977، لينتقل بعدها إلى152.26‰ سنة 1987 ليصل إلى 71.11‰ سنة 1998 أي بفارق قدره 131.87‰، وهذا ماتبرزه معطيات **الجدول رقم (16)**.

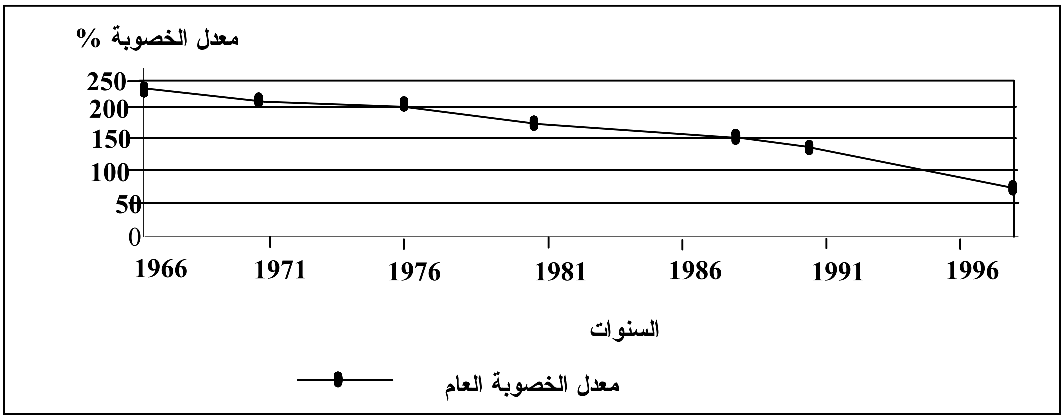
[1]- **Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 Ministère de la santé**, office national des statistiques, ligue des Etats Arabes, Rapports principal, Juillet2004, pp 118 - 132.

الجدول رقم (16): تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر خلال الفترة (1966- 1998).

السنوات	معدل الخصوبة العام	الفارق
1966	‰225.62	-
1970	‰213.3	12.32
1977	‰198.63	14.67
1980	‰186.73	11.9
1987	‰152.26	34.47
1990	‰133.97	18.29
1996	‰39.75	40.22
1998	‰77.11	-

* **المصدر: وزارة الصحة والسكان: تقرير اللجنة الوطنية للسكان: 200: ص 63.**

ويتم إدراج تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر**(1966-1998)** بصورة مبسطة من خلال **الشكل رقم (01)** الذي يوضح إنخفاض ذلك المعدل وخاصة بعد الثمانينات.



الشكل رقم (01): منحنى تطورمعدل الخصوبة العام في الجزائرمن (1966-1998)

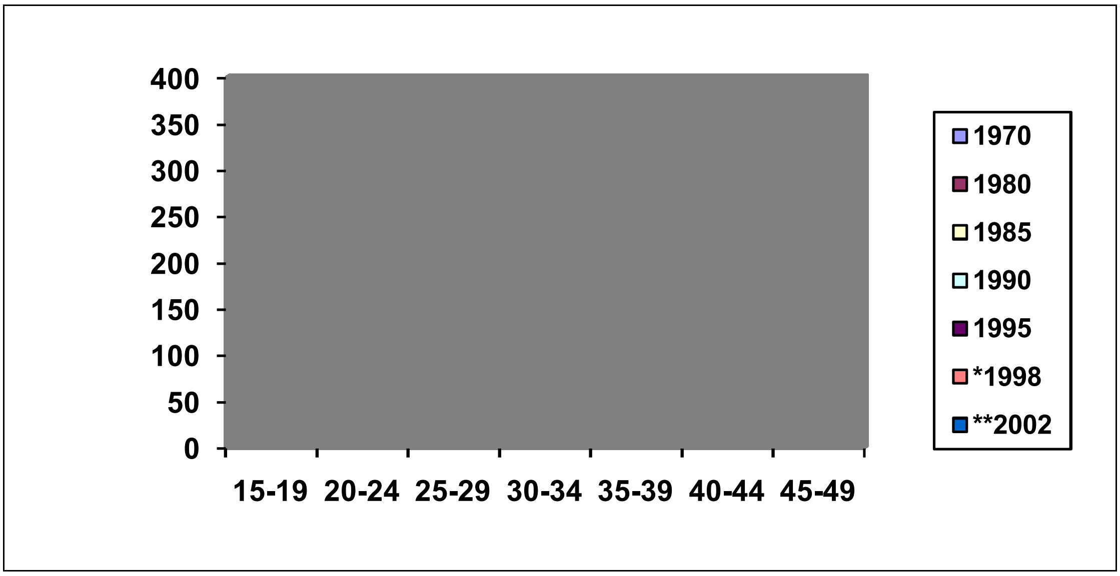
2/3- معدل الخصوبة حسب فئات السن:

إن إنخفاض معدل الخصوبة مس معظم الفئات العمرية من النساء، حيث سجل أكبرإنخفاض في الفئة العمرية **[15- 19]** حيث إنتقل من **114 في الألف** سنة **1970** ليصل إلى حد **06 في الألف** سنة **2002**، كما نلاحظ إرتفاع معدلات الخصوبة ما بين ‰338 و‰388 و‰355 على التوالي لدى الفئات التالية **[20- 24]**، **[25- 29]**، **[30- 34]** وذلك سنة **1970**، لتنخفض إلى **‰59** و**‰119** و**‰134** على التوالي سنة **2002**، أما الفئة الأخيرة **[45-49]** فتم تسجيل معدلات جد منخفضة للخصوبة وذلك يرجع لأسباب بيولوجية، أين تقل فيها إحتمالات إنجاب الأطفال وذلك ما يوضحه **الجدول رقم (17).**

الجدول رقم (17): تطور معدل الخصوبة حسب فئات السن خلال الفترة (1970 -2002).

السنوات	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
1970	114	338	388	355	281	152	42
1980	69	331	331	286	265	126	25
1985	43	298	298	308	236	101	22
1990	23	222	222	223	186	86	17
1995	21	167	167	172	140	65	15
1998*	07	129	129	142	115	59	15
2002**	06	59	119	134	105	43	09

Source : ONS : * RGPH (98), ** PaP fam



الشكل رقم (02): منحنى تطور معدل الخصوبة حسب فئات السن خلال الفترة (1970 -2002)

3/3- المؤشر التركيبي للخصوبة:

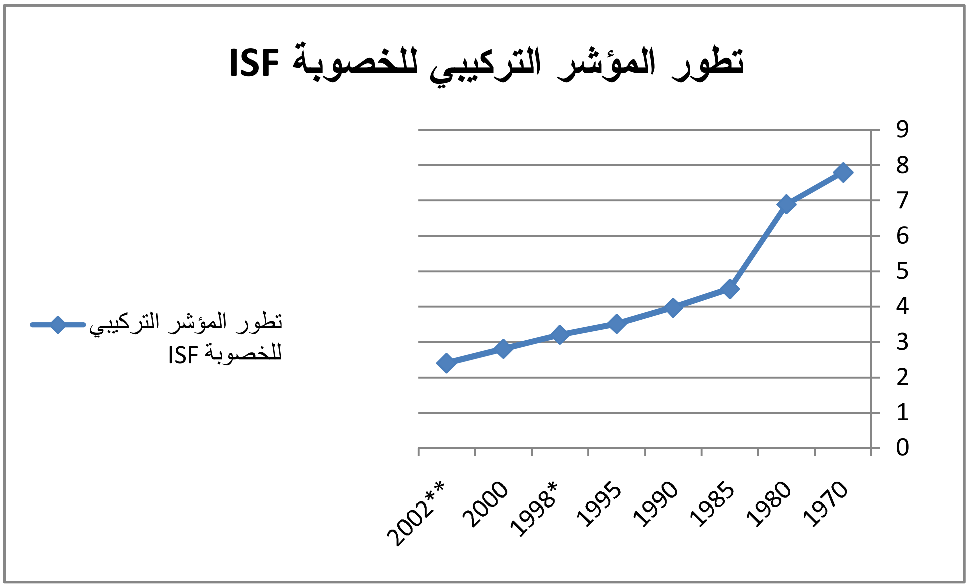
عرف المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر إنخفاضا ملموسا منذ نهاية الثمانينات، لاسيما خلال عشرية التسعينات حيث في سنة **1970** كان معدل الإنجاب **8.4 طفل لكل إمرأة** ليصل سنة **1980** إلى**6.9 طفل لكل إمرأة** ثم ينخفض ليصل **3.5 طفل لكل إمرأة** سنة **1995**، أما في سنة **2002** فقد وصل إلى **2.4 طفل لكل إمرأة** [1] كما يوضحه **الجدول** (18).

[1]- **EASF:** Alger, 2002, p. 09.

الجدول رقم (18): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ISF

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة
1970	7.80
1980	6.9
1985	4.5
1990	3.97
1995	3.51
*1998	3.2
2000	2.8
**2002	2.4

Source : ONS : RGPH (1998)* PaP Fam(2002)**



الشكل رقم (03): منحنى تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر من (1970- 2002)

*** تفسير 01: (الفترة ما بين 1970- 1985).**

يعود إنخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة من **7.80** إلى **6.2 طفل لكل إمرأة**، إلى أن تلك الفترة بالتحديد عرفت إنتشارا واسعا للأمية سواء بين الذكور أو الإناث، وأيضا عدم الوعي لدى الفرد أو المجتمع ككل بمخاطر التزايد السكاني السريع، إضافة إلى فشل الحكومة الجزائرية في التطبيق الجيد والمحكم لسياسة التحكم في النمو الديمغرافي[1].

*** تفسير 02: (الفترة ما بين 1985- 2002).**

إن إنخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة من **6.2** إلى **2.4 طفل لكل إمرأة**، يفسر لنا مدى نجاح وتطبيق سياسة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي إبتداءا من **1983**، والذي لم تظهر نتائجه في السنوات الأولى منذ تنفيذه إلا بعد مرور عدة سنوات، وأيضا الإنتشار الواسع لموانع الحمل المختلفة، والتي قدرت نسبة إستعمالها سنة **1970** بـــ **8%** لتصل إلى **64%** سنة **2000**.[2] وهذا ما

[1]- EASF: **OpCite**: p. 09.
[2]- **Ibid** : p. 10.

يفسر بزيادة إدراك ووعي المواطن بأهمية تلك الوسائل في تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات، أضف إلى ذلك تفاقم ظاهرتي البطالة وأزمة السكن، وخاصة في السنوات الأخيرة وإلى يومنا هذا بين أوساط الشباب والتي من شأنها أن تساهم بقدر أكبر في خفض معدلات الخصوبة مستقبلا[1].

*** الأفاق المستقبلية لسكان الجزائر:**

إنما مانلحظه اليوم في الدول السائرة في طريق النمو هو النقص الكبير في المعطيات الإحصائية الدقيقة اللازمة لإنجاز التنبؤات والآفاق السكانية، ولمواجهة هذا النقص هناك عمليات خاصة بجمع المعطيات ومنظمة بشكل دوري، وهذه العمليات عبارة عن إحصائيات تخص السكان والمساكن وتجرى في الميدان كل **10سنوات** وفي السنوات الأخيرة انطلاقا من إحصاء **2008** برمجت كل **05 سنوات.**

والجزائر بحوزتها مصلحة الحالة المدنية التي وضعت في سنة**1831** وشملت كل سكان الجزائر في سنة **1882**، وهذه المصلحة منذ **1970** تزودنا بشكل دائم وسنوي بعدد الولادات والوفيات وتبقى متابعة تلك العمليات عبر الزمن مخلخلة بسبب إعادة التنظيمات الإدارية للإقليم مما يؤكد ضرورة القيام بعمليات الإحصاء الخاصة، وفي سنة **1987** كان عدد السكان حوالي **23 مليون نسمة** حيث كان معدل النمو السكاني مستقرا في المرحلة الممتدة بين سنتي **1962 و1985** كان يبلغ **3%** وتنبؤات نحو سنة **2020** تعطينا عددا يتراوح ما بين **42 و44 مليون نسمة** وهذا المستوى يعتبر من بين أعلى المستويات في العالم، منذ سنة **1980** وقعت تغيرات محتشمة نبأت برضوخ لهذا التزايد السنوي، ولكن نتائج حركة التطور للمصلحة المدنية لسنة **1986** والمعطيات الإحصائية لسنة **1987** أكدت حقيقة التوجه للنقصان، والإشكالية التي طرحت هي محاولة معرفة ما إذا كان هذا الرضوخ ناتج عن سياسة تنظيمية أوهي نتيجة مرحلية فحسب فيما يخص الخصوبة، حيث بينت نتائج تحقيق **PAPCHID** سنة **1992** حصول بعض العوامل الإيجابية التي أدت إلى توجه معدل النمو السنوي نحو النقصان فيما يتعلق بالإنجاب عند الأسرة فكان معدل الإنجاب يزيد عن **40%** ومعدل الخصوبة يقدر بحوالي **8 ولادات لكل امرأة** خلال **السبعينات** أما فيما بعد فإن هذه المؤشرات عرفت انخفاضا بحوالي **النصف** والبحث عن أسباب هذه التغيرات تتطلب في بادئ الأمر معرفة التغيرات المختلفة والعوامل التي لعبت دورا في هذا التوجه الجديد.

[1]– **تحليل شخصي للطالبة.**

ومن المؤكد أن المعطيات الاجتماعية والاقتصادية الجديدة والمحيط الثقافي هي عوامل حساسة جدا، وأن هناك علاقة مباشرة تربط بين المستوى التعليمي للمرأة والإنجاب وكلما كان هذا المستوى عاليا كانت الولادات ضعيفة وعلى هذا الأساس وضعت ثلاث فرضيات للخصوبة وذلك على ثلاث مستويات وهي المدى القصير والمدى المتوسط والمدى للبعيد، بحيث انتقل من **4.77 ولادات لكل امرأة** سنة **1990** ليصل **3.31 ولادات** سنة **2000**، واحتمال ان يصل إلى **2.21** في أفق **2020** مع إعادة تكوين الأجيال على مدى هذه الفترة أما بعد هذا الأفق فإن معدل الخصوبة سيستقر عند الحد الأدنى للإنجاب ولكن رغم هذا الاستقرار للخصوبة ستبقى آثار النمو السكاني السريع وهذا حتى أواخر القرن المقبل **2080**. ومن هذه الفرضيات نستخلص ثلاث حالات للخصوبة وهي كما يلي:

* **الحالة السفلى:** في هذه حالة تقول التنبؤات أنه ابتداء من سنة **1995** يسجل انخفاض سريع لمعدلات الخصوبة والذي سيصل إلى **3.62 ولادات لكل امرأة**، وتستمر الخصوبة في الانخفاض لتصل إلى **2.1 ولادة لكل امرأة** سنة **2020** مؤكد **لتكوين الأجيال.**

* **الحالة الوسطى:** هذه الحالة تمثل التنبؤ الأكثر احتمالا للوقوع في هذه الحالة سينزل معدل الخصوبة من **04أطفال لكل امرأة** سنة **1995** إلى **2.21 طفل لكل امرأة** سنة **2020.**

* **الحالة العليا:** هذا التنبؤ يحافظ على مستوى عالي لمعدلات الخصوبة لا يمكن التحقيق في مستوى تكوين الأجيال إلا بعد سنة **2025.**

والجداول التالية تؤكد **تطور معدلات الخصوبة والأفاق المستقبلية للسكان وتطور السكان في سن الشغل وكذلك السكان في سن التمدرس** وذلك حسب **الفرضيات الثلاثة** السابقة الذكر.

الجدول رقم (19): تطور معدلات الخصوبة حسب الفرضية الأولى.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
19-15	0.023	0.017	0.012	0.010	0.008	0.008	0.007
24-20	0.148	0.118	0.093	0.080	0.075	0.072	0.066
29-25	0.222	0.170	0.133	0.116	0.108	0.105	0.098
34-30	0.232	0.193	0.0161	0.143	0.136	0.134	0.129
39-35	0.186	0.142	0.113	0.095	0.088	0.086	0.083
44-40	0.086	0.071	0.055	0.044	0.038	0.035	0.033
49-45	0.017	0.012	0.009	0.006	0.004	0.003	0.003
المؤشر العام للخصوبة	**4.53**	**3.62**	**2.88**	**2.47**	**2.29**	**2.22**	**2.10**

Sources : ons, Données Statistiques N66

يعتقد في هذه **الفرضية الأولى** والتي تدعى بالفرضية الضعيفة أنه **ابتداء من سنة 1995** سوف ينخفض مؤشر العام للخصوبة ليصل إلى **3.62 طفل لكل امرأة** ويتجه نحو التطور بالنقصان ليصل إلى **2.1 طفل لكل امرأة** وذلك في سنة **2020** مع ضمان **تجدد الأجيال**.

الجدول رقم (20): تطور معدلات الخصوبة حسب الفرضية الثانية.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
19-15	0.023	0.019	0.014	0.011	0.010	0.009	0.008
24-20	0.148	0.128	0.104	0.089	0.080	0.074	0.070
29-25	0.222	0.187	0.151	0.130	0.117	0.109	0.103
34-30	0.232	0.207	0.177	0.156	0.144	0.137	0.132
39-35	0.186	0.159	0.135	0.144	0.101	0.093	0.088
44-40	0.086	0.080	0.068	0.058	0.048	0.041	0.037
49-45	0.017	0.015	0.012	0.009	0.007	0.006	0.004
المؤشر العام للخصوبة	**4.53**	**3.98**	**3.31**	**2.84**	**2.54**	**2.34**	**2.21**

Sources : ons, Données Statistiques N66

الفرضية الثانية والتي تمثل الفرضية الوسطى هي الأكثر احتمالا نظرا لحركية الانتقال أكثر فيها، وهي هذه الحالة سينتقل المؤشر العام للخصوبة من **4 أطفال لكل امرأة** سنة **1995** إلى 2.21 **طفل لكل امرأة** سنة **2020**.

الجدول رقم (21): تطور معدلات الخصوبة حسب الفرضية الثالثة.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
19-15	0.023	0.021	0.017	0.014	0.011	0.010	0.009
24-20	0.148	0.136	0.110	0.101	0.090	0.081	0.076
29-25	0.222	0.198	0.169	0.148	0.132	0.120	0.112
34-30	0.232	0.215	0.192	0.173	0.158	0.146	0.139
39-35	0.186	0.168	0.151	0.138	0.116	0.105	0.097
44-40	0.086	0.085	0.076	0.067	0.057	0.048	0.043
49-45	0.017	0.016	0.014	0.012	0.009	0.007	0.005
المؤشر العام للخصوبة	**4.53**	**4.20**	**3.68**	**3.24**	**2.87**	**2.59**	**2.41**

Sources : ons, Données Statistiques N66

الفرضية الثالثة تتوقع ارتفاع كبير في المؤشر العام للخصوبة أين مستوى تجديد الأجيال لا نتحصل عليه إلا بعد الأفق 2025 وبذلك يصل المؤشر العام للخصوبة إلى **4.53 طفل لكل أم**.

وإذا قارنا **المؤشر العام للخصوبة** حسب **الفرضيات الثلاثة** فإن هذا المؤشر العام للخصوبة يرتفع بحوالي **0.12 طفل لكل أم** وبذلك نقول أن هناك **تقارب في النتائج** التي خرجت بها **الفرضية الأولى والثانية**، في حين **يرتفع المؤشر العام للخصوبة** بحوالي **0.13 طفل لكل امرأة** بين **الفرضية الأولى والثالثة.**

آفاق الخصوبة في الجزائر:

إن أهم عامل مؤثر في الإسقاطات السكانية هو الخصوبة، إذ أنه بفضل التطور الطبي وارتفاع مستوى المعيشة، جعل من تأثير الوفيات على حجم السكان المستقبلي تقريبا منعدما.

1- آفاق تطور فئة النساء في سن الإنجاب:

نظرا لأهمية فئة النساء في سن الإنجاب في دراسة أفاق الخصوبة، ارتأينا إلى تقديم صورة عن أفاق مستقبل هذه الفئة حسب الفرضيات الثلاث (المنخفضة والمتوسطة والعالية). فكل تغير يحدث في نسبة هذه الفئات سوف يؤثر حتما على مستويات الخصوبة مستقبلا.

الجدول رقم (22): آفاق تطور فئة النساء في الإنجاب ما بين 2005- 2020 حسب الفرضيات الثلاث. الوحدة: بالألف

السنة / فئة الأعمار	الفرضية المنخفضة				الفرضية المتوسطة				الفرضية العالية			
	2005		2020		2005		2020		2005		2020	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
19-15	1.792	19.17	1.636	14.37	1.792	19.17	1.863	15.67	1.792	19.17	2.098	17.01
24-20	1.767	18.90	1.674	14.70	1.767	18.90	1.870	15.73	1.767	18.90	2.027	16.44
29-25	1.556	16.65	1.721	15.12	1.556	16.65	1.802	15.16	1.556	16.65	1.854	15.03
34-30	1.329	14.22	1.774	15.58	1.329	14.22	1.774	14.92	1.329	14.22	1.774	14.38
39-35	1.174	12.56	1.755	15.42	1.174	12.56	1.755	14.76	1.174	12.56	1.755	14.23
44-40	983	10.52	1.530	13.44	983	1.052	1.530	12.87	983	10.52	1.30	12.41
49-45	746	7.98	1.295	11.37	746	7.98	1.295	10.89	746	7.98	1.295	10.50
∑ =15-49	9.347	100	11.385	100	9.347	100	11.889	100	9.347	100	12.333	100
0-75 فأكثر	16.601	-	2.761	-	17.108	-	21.741	-	17.554	–	22.869	–

Source: ONS: 1994, N° 66, 41- 49.

من الجدول يتضح أن فئة النساء في سن الإنجاب سوف تبلغ نسبة جد كبيرة، تتراوح ما بين **54.84% و53.93%** وذلك حسب **الفرضية المنخفضة والعالية** لسنة **2020** و هذا سوف يكون من بين أحد العوامل الأساسية في **ارتفاع مستويات الخصوبة**، إذا لم يكن هناك انخفاض ملموس في **متوسط عدد الولادات السنوي.**

2- آفاق تطور مؤشرات الخصوبة:

إن نتائج التعداد لسنة **1987** تعطي التركيبة القاعدية بالنسبة لعدد الأطفال لكل امرأة حسب سنها ومستوى تعليمها.

إن مستوى الخصوبة للفترة المستقبلية **2020/87** مبنية على أساس **الفرضية التالية:** أن النساء قد تحصلن على مستوى تعليمي مقبول وسيحتفظن به في المستقبل، وبالنسبة للنساء **الأقل من 10 سنوات والأجيال التي لم تولد بعد** فإن **تطور مستواهن التعليمي** سيعكس **تغير النظرة اتجاه الإنجاب مستقبلا.**

وهناك عموما **ثلاث فرضيات** تبين كيفية **تطور المؤشر التركيبي للخصوبة مستقبلا.**

* **<u>الفرضية المنخفضة</u>:** وهنا يفترض انخفاض سريع لمؤشر الخصوبة التركيبي الذي ينتقل من **4.53 طفلا** ليصل إلى **2.10 طفلا لكل امرأة** سنة **2010**. وبهذا يضمن تجديد الأجيال.

* **<u>الفرضية المتوسطة</u>:** وهي الفرضية الأكثر احتمالا، إذ أنها ستعكس متوسطا لمستوى الخصوبة مستقبلا، ففي هذه الحالة فإن مؤشر الخصوبة المختصر سوف ينتقل من **4.63 طفل لكل** امرأة إلى **2.21 طفل لكل امرأة** سنة **2020**.

* **<u>الفرضية العالية</u>:** حسب هذه الفرضية يكون مستوى الخصوبة مرتفعا، حيث أن المؤشر التركيبي للخصوبة سوف ينتقل من **4.53 طفل لكل امرأة** إلى **2.41 طفل لكل امرأة** سنة **2020**.

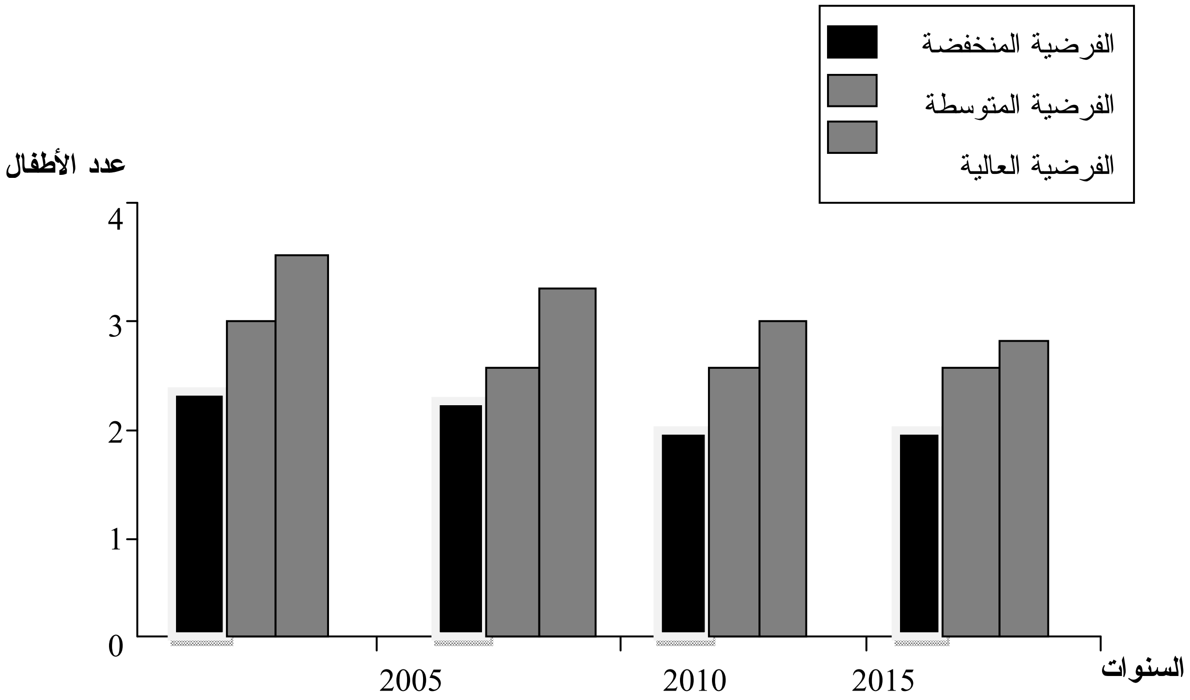
2-1- <u>المؤشر التركيبي للخصوبة</u>:

إن المؤشر التركيبي للخصوبة يرتقب أن يسجل أرقاما منخفضة مستقبلا، تتراوح ما بين **2.10 إلى 2.41 في المتوسط**، وذلك حسب **الفرضية المنخفضة والعالية لسنة 2020**.

الجدول رقم (23): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ما بين 2005- 2020.

السنوات	2005	2010	2015	2020
الفرضية المنخفضة	2.47	2.29	2.22	2.10
الفرضية المتوسطة	2.84	2.54	2.34	2.21
الفرضية العالية	3.24	2.87	2.59	2.41

Source ONS: 1994, N° 66,p19



الشكل رقم (04): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ما بين 2005- 2020

2-2- <u>معدل الخصوبة العام</u>:

يرتقب أن يشهد معدل الخصوبة العام في الفئة العمرية **15- 19 سنة** بدوره انخفاضا حيث أنه سوف يتراوح ما بين **7- 9 في الألف** خلال سنة **2020**. كما أن الفئة العمرية ما بين **20-34 سنة** الفئة التي تكون فيها المرأة أكثر إخصابا – سوف تشهد انخفاضات كبيرة، تتراوح ما بين **109 و97 في الألف**، وذلك حسب **الفرضية المنخفضة والعالية**، وعلى هذا الأساس سوف تشهد **مستويات الخصوبة انخفاضا في السنوات المقبلة**.

الجدول رقم (24): تطور معدل الخصوبة العام ما بين 2005- 2020 حسب الفرضيات الثلاث.

السنوات / فئات الأعمار	الفرضية المنخفضة		الفرضية المتوسطة		الفرضية العالية	
	2005	2020	2005	2020	2005	2020
19-15	10	07	11	08	14	09
24-20	80	66	89	70	101	76
29-25	116	98	130	103	148	112
34-30	143	129	156	132	173	139
39-35	95	83	114	88	132	97
44-40	44	33	58	37	67	43
49-45	06	03	09	04	12	05

Source : ONS: 1994, N° 66, p. 20.

ويتوقع أن الخصوبة مستقبلا ستبقى محافظة على مستواها المرتفعة نسبيا. إذ أن مستوى الخصوبة اللازم لضمان تجديد الأجيال والمقدر بــ 2.1 طفل امرأة، لن يتحقق إلا في سنة 2020، مما ينعكس على التركيبة السكانية. حيث تبقى الجزائر محافظة على نفس بنية الهرم السكاني، الفئة الأقل 230 سنة ستبقى تمثل اكبر نسبة إلى غاية سنة 2020، أين ستبلغ حوالي 35% هذه الفئة نجدها حاليا في معظم الدول المتقدمة لا تتجاوز 25%. وسيترتب عن هذه الأرقام المقدرة لسنة 2020، ضرورة توفير المزيد من الحاجيات الاقتصادية والاجتماعية من غذاء وصحة وتعليم...إلخ، في الوقت الذي تعاني فيه البلاد عجزا كبيرا على هذا المستوى. وتبقى كل هذه المطالب والحاجيات الاجتماعية والاقتصادية تفوق إمكانية الدولة، وهذا يستلزم على السلطات أولوية العمل على التخفيض من معدل النمو الديمغرافي من خلال تحسيس الأفراد بضرورة التقليل من الإنجاب والاتجاه نحو الأسر ذات الحجم الصغير، وذلك في غياب نظم التسيير والإمكانيات المادة الأساسية لبناء مجتمع متكامل قائم بذاته.

الجدول رقم (25): الآفاق المستقبلية لسكان الجزائر حسب الفرضية الأولى.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
4-0	3718	3572	4347	3362	3433	3581	3609
9-5	3651	3689	3555	3737	3356	3429	3578
14-10	3228	3634	3678	3548	3433	3354	3428
19-15	2762	3212	3619	3666	3537	3424	3346
24-20	2415	2746	3195	3603	3652	3527	3416
29-25	2039	2399	2730	3178	3584	3633	3511
34-30	1578	2023	2383	2714	3161	3568	3611
39-35	1276	1563	2006	2365	2702	3150	3659
44-40	937	1260	1545	1986	2343	2672	3119
49-45	724	922	1242	1526	1959	2314	2644
54-50	687	708	905	1221	1500	1934	2290
59-55	609	664	687	880	1197	1477	1911
64-60	476	576	632	657	851	1156	1435
69-65	356	431	528	584	614	797	1039
74-70	258	303	374	466	522	555	531
75 فأكثر	354	372	417	497	609	729	832
المجموع	25068	28074	30942	33690	36454	39301	22102

Source: ONS: 1994, N° 66,p. 21.

الجدول رقم (26): الأفاق المستقبلية لسكان الجزائر حسب الفرضية الثانية.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
4-0	3718	3741	3852	3830	3846	3875	3878
9-5	3651	3639	3723	3840	3823	3841	3872
14-10	3228	3634	3678	3716	3836	3820	3839
19-15	2762	3212	3619	3666	3705	3825	3811
24-20	2415	2746	3195	3603	3652	3694	3816
29-25	2039	2399	2730	3178	3584	3633	3677
34-30	1578	2023	2383	2714	3161	3568	3620
39-35	1276	1563	2006	2365	2702	3150	3559
44-40	937	1260	1545	1986	2343	2672	3119
49-45	724	922	1242	1526	1959	2314	2644
54-50	687	708	905	1221	1500	1934	2290
59-55	609	664	687	880	1197	1477	1911
64-60	476	576	632	657	851	1156	1435
69-65	356	431	528	584	614	797	1039
74-70	258	303	374	466	522	555	531
75 فأكثر	354	372	417	797	609	729	832
المجموع	25068	28243	31515	34729	37903	41041	44126

Source : ONS, 1994, N° 66, p. 22.

الجدول رقم (27): الأفاق المستقبلية لسكان الجزائر حسب الفرضية الثالثة.

فئة الأعمار	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
4-0	3718	3894	4175	4812	4360	4333	4306
9-5	3651	3689	3830	4163	4304	4354	4330
14-10	3228	3634	3678	3823	4158	4301	4352
19-15	2762	3212	3619	3666	3811	4146	4291
24-20	2415	2764	3195	3603	3652	3800	4173
29-25	2039	2399	2730	3178	3584	3633	3783
34-30	1578	2023	2383	2714	3161	3568	3620
39-35	1276	1563	2006	2365	2702	3150	3559
44-40	937	1260	1545	1986	2343	2672	3119
49-45	724	922	1242	1526	1959	2314	2644
54-50	687	708	905	1221	1500	1934	2290
59-55	609	664	687	880	1197	1477	1911
64-60	476	576	632	657	851	1156	1435
69-65	356	431	528	584	614	797	1039
74-70	258	303	374	466	522	555	531
75 فأكثر	354	372	417	797	609	729	832
المجموع	25068	28351	31946	35640	39328	42922	46432

Source: ONS: 1994, N° 66,p. 23.

ومن خلال هذه التغيرات لسكان الجزائر ولمعدلات الخصوبة حسب الفرضيات الثلاثة نستخلص فئة السكان في سن العمل سواء كانوا يعملون أم بطالين وفئة السكان في سن الدراسة **للأفق 2020**م.

إن قوة الشغل لدى بلد معين مرتبطة بعدد سكانه فالنسبة بين السكان المشتغلين على كل السكان تؤثر مباشرة على القدرات الاقتصادية، ويكون لها مفعول الجاذبية على المدخول لكل مواطنين بينما نعرف بأن القدرات أو الثروات الاقتصادية والمالية هي بصفة عامة محدودة، فإن الفئة القادرة على العمل بالمفهوم الواسع يمكن أن تكون عامل عدم التوازن، والاقتصاد لا يمكن أن يستجيب للمطالب الاجتماعية المعبرة عنها بالسكان نظرا لعدم توفر الشغل لكل العاطلين.

إن هيكل الشباب المتمثل بحوالي **75%** أقل من **30 سنة** يشكل ضغطا يتزايد إلى درجة التنبؤ بتغيير بعض العوامل والمعطيات المؤدية إلى التغيير النمو السكاني حسب الفرضيات الثلاثة السابقة والجداول التالية تبين فئة السكان القادرين على الشغل في **أفق 2020**م.

حسب الفرضية الأولى فإن السكان في سن الشغل والذي تتراوح أعمارهم بين **(15- 65)** سنة سيصل إلى **15549** سنة **2020** ويرتفع هذا العدد بحوالي **414 شخص** في **سن الشغل** في الفرضية الثانية وقد يصل عدد السكان في سن الشغل إلى **16277 نسمة** في الفرضية الثالثة.

خامسا: أبرز العوامل المؤثرة على إنخفاض الخصوبة في الجزائر

تتأثر الخصوبة في أي مجتمع بخصائصه الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية وقد قام عدد من الباحثين بمحاولات للتعرف على شكل العلاقة بين الخصوبة وهذه الخصائص وقوة تأثير كل منها في الآخر. ومن المعروف أن تأثير وتركز الخصائص على تلك المتعلقة **بالمرأة** بالدرجة الأولى ثم **الزوج والأسرة ومحيط الأسرة** وهذه الخصائص المتعلقة بالمرأة من الجانب الديمغرافي هي **سنها الحالي والسن عند الزواج الأول وإستخدام وسائل تنظيم الأسرة**، وغيرها. أما العوامل الإجتماعية فتشمل **الحالة الزوجية والمستوى التعليمي للزوجين والحالة الصحية**، وتتمثل العوامل الإقتصادية في **عمل المرأة خارج المنزل ومستوى الدخل والطموحات الإستهلاكية للأسرة.** كماأن المتغيرات الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية هي مجموعة الخصائص التي يتعرض لها السكان مثل **مكان الإقامة والعمل ومستوى المعيشة والتعليم والحالة الصحية والعادات والتقاليد** وغيرها، وكل هذه المتغيرات أوبعضا منها تؤثر بشكل أو بآخر على الخصوبة من خلال المتغيرات الوسطية وأهمها **العمرعند الزواج الأول، ومدى إنتشار وإستعمال وسائل تنظيم الأسرة.**

وأهم المتغيرات الوسطية التي لها تأثير مباشر على الخصوبة تتمثل في الزواج والرضاعة الطبيعية وإستخدام وسائل تنظيم الأسرة والإجهاض.

1/- إرتفاع المستوى التعليمي للزوجين:

يؤدي إرتفاع المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة في تفكيرها للخروج إلى العمل وبالتالي تدفعها ظروفها الجديدة إلى تنظيم النسل، مما يساعد على سرعة تقبل المجتمع لأساليب الإتصال والإعلام والتي تدعو إلى تنظيم الأسرة، كما يؤثر مستوى التعليم في النمو السكاني وذلك بتوسيع وتعميق إدراك الفرد بأهمية الحياة الإجتماعية ويخلق لديه تطلعات جديدة نحو حياة أفضل، وإذا إستمر الفرد في المراحل التعليمية فإنه يؤخر سن الزواج مما يؤثر في خفض معدل الخصوبة، كذلك فإن التعليم يؤثر بشكل خاص من خلال فرص العمل التي يفتحها أمام المتعلم، بالإضافة إلى تأثير إرتفاع المستوى التعليمي على العوامل المؤثرة في خفض النمو السكاني.

وهناك العديد من الدراسات قد تم المقارنة فيها بين خصوبة خريجي الجامعات من غير الخريجين أو أي أشخاص آخرين يشبهونهم إلى حد ما وهذا مايشير إلى أن التعليم الواسع المدى والخصوبة المنخفضة يسيران جنبا إلى جنب، وتشير نتائج تلك الدراسات إلى أن الخصوبة المنخفضة

للجامعيين ترجع أساسا إلى قلة نسبة الذين يتزوجون منهم، وإلى تأخر سن الزواج أكثر من كونها نتيجة ضعف الخصوبة للمتزوجين منهم[1].

وقد بينت نتائج المسوح الإجتماعية التي أجريت في أغلب الأقطار العربية أن **معدل عدد الأطفال للنساء الأميات** كان بين **(5 إلى 6 أطفال)** أما النساء الحاصلات على **الشهادة الثانوية** فقد كان عدد أطفالهن يتراوح بين **(3 إلى 4 أطفال)** أما حملة **الشهادات الجامعية** فكان عدد أطفالهن يقدر بين **(2 إلى 2.5 طفل)**، وأن العلاقة بين التعليم وحجم الأسرة هي علاقة ثابتة أكدتها الأرقام ونتائج المسوح في مختلف الأقطار العربية، ولابد من الأخذ بعين الإعتبار أن التعليم وإرتفاع مستوى الوعي الفكري والثقافي يرتبط مع بقاء أطر ومجالات التنمية والتحضر، فمن المؤكد أن المرأة المتعلمة لديها معلومات قيمة عن الوقاية والمعالجة والغذاء، كما أنها أكثر قدرة على إستعمال التقنيات والإجراءات الحديثة المساعدة على تنظيم النسل، كما ثبت أن تخوف الأمهات من وفيات الأطفال يعتبر من أهم الأسباب التي تجعل الأمهات ينجبن أكبر عدد من الأطفال يفوق الحد الذي يرغبن به تحسبا لإحتمالات وفيات الرضع والأطفال، فقد تبين أن الأمهات كن ينجبن من **(8 إلى 10 أطفال)** لكي يبقى لهن **(5 أو6 فقط)** أما الأم المثقفة والواعية صحيا فلم تعد بحاجة لزيادة عدد الأطفال للحصول على العدد المقبول فهي تقدر تماما وبموقف واع حجم الأسرة المرغوب به والملائم لإمكاناتها الصحية والمادية.

وقد أيدت نتائج البحوث والدراسات الجامعية أن تعليم المرأة له قوة تأثير فعالة وقوية على السلوك الإنجابي، بحيث أنه قد تبين أن كل ثلاث سنوات من التعليم للمرأة تتناسب سلبا مع عدد الأولاد، وتقترن مع زيادة في الإستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بنسبة **6%** وأن تعليم الأم له تأثير أقوى على السلوك الإنجابي من تعليم الأب لأن تعليم الأم يمكن أن يعدل من تأثيرات العوامل والمتغيرات الأخرى التي تؤثر في السلوك الإنجابي **مثل:** تدخل أهل الزوجين، أومحاولة الزوج بالتفرد بالقرار وغير ذلك من الإعتبارات الإجتماعية والإقتصادية والصحية.

وتأكيدا لذلك فقد تقصت الدراسات **أثر تعليم المرأة على السلوك الإنجابي** فتبين أنه في حال تساوي مستوى التعليم، كان للنساء عدد أقل من الأطفال مقارنة بعدد أطفال الرجال في المستوى التعليمي ذاته، وتشير البيانات أنه عندما **يكون الزوجين غير متعلمين** يكون **متوسط عدد الأطفال أكثر من 5 أطفال،** أما في حالة **الزوج متعلما والزوجة أمية ينقص** العدد بشكل طفيف، وحينما تكون **الزوجة متعلمة** فإن **متوسط عدد الأطفال ينخفض** ليصل إلى **إثنين أو ثلاثة أطفال** في حال كان **الزوج متعلما أو غير متعلما.**

وقد ربط المسح الإجتماعي الثقافي هذا بين مستوى تعليم المرأة وعدد أطفالها، فتبين أن **36%** من العينة المدروسة لديهن **أقل من طفلين** ومعظم هؤلاء من حملة **الإعدادية والثانوية والفنية**

[1]- http :www.ammanjordan/**OpCite**.

والجامعية. وأن هناك **46.7%** من النساء لديهن بين **(3− 5 أطفال)** كان معظمهن من حملة **الإعدادية والإبتدائية**، أما من كانت لديهن بين **(6−8 أطفال)** فإن نسبتهن **13.3%** من حملة **الثانوية فأدنى**، ولم يتبين وجود أية جامعية أو خريجة معاهد فنية لديها هذا العدد الكبير من الأولاد.

كما قد رصد هذا المسح إرتباط المستوى التعليمي للمرأة بمدى معرفتها وإستخدامها الفعلي لوسائل تنظيم النسل، فتبين أن هناك علاقة أكيدة ومطردة تثبت ذلك. فقد أظهرت الدراسة أن **84 سيدة** فقط من أصل **600 سيدة** لم تستخدم أية وسيلة منهن **32 سيدة** في **المستويات التعليمية** التي هي **أقل من الإعدادية**، بينما توزعت باقي فئات العينة إلى **144 سيدة** تستخدم **الحبوب** وغالبيتهن من حملة **الشهادات الإعدادية والثانوية والجامعية**، وإلى**176** سيدة تستخدم **اللولب** ومعظمهن حملة **الشهادات الإعدادية والثانوية** وإلى **104 سيدة** يعتمدن على طريقة الحساب "**فترة الأمان**" ومعظمهن من المتعلمات اللواتي يحملن الشهادات الإعدادية والثانوية والجامعية، وهناك **56 سيدة** تستخدم أكثر من وسيلة من تلك الوسائل وتدل هذه الأرقام على أن **إرتفاع المستوى التعليمي** يرتبط **بممارسات الصحة الإنجابية وزيادة إدراك المرأة بضرورة التخطيط لحجم الأسرة** بما يتوافق وقدراتها الصحية والمادية[1].

وفي دراسة للدكتورة "**علياء شكري**" حول **العلاقة بين التعليم والخصوبة** من خلال التعرف على المستوى التعليمي وعدد الأطفال المنجبين بالفعل، حيث توضح بيانات توزيع الإخباريات في الريف والحضروفقا لعدد الأطفال والمستوى التعليمي، كماأن التعليم يرشد السلوك الإنجابي إلى حد كبير، فالمتعلمات تعليما عاليا ومتوسطا وعددهن في الريف والحضر يبلغ **11 زوجة** ينجبن بين**(2−4 أطفال)**، والمنطق الذي يحكم السلوك الإنجابي لديهن لا يقاس بمقدار إنجاب عدد أكبر من الأطفال بقدر مايوفر من وقت لتربية ذلك العدد القليل، وما تقتضيه من متابعة صحية وتعليمية ليتحصلوا على الشهادات العليا في المستقبل.

ومعنى ذلك أن **التعليم** قد خلق لدى **المتعلمات وأزواجهن المتعلمين** إتجاها عاما نحو **تقييم السلوك الإنجابي** في ضوء **الكيف لا الكم، فالشيء المهم** ليس **عدد الأطفال** وإنما **نوعية هؤلاء الأطفال**، ويتساوى الريف والحضر في هذا المجال حيث لم تكشف بيانات البحث عن أي فروق كمية.

وجدت أن الدراسة المتعمقة قد كشفت عن فرق جوهري بين الريف والحضر فيما يتصل بعلاقة التعليم بالسلوك الإنجابي، ويرتبط هذا الفرق بتأثير الأقارب الذين يعيشون في نفس الوحدة المعيشية أو حتى خارجها على السلوك الإنجابي للمتعلمات، **فالزوجة المتعلمة** التي تفكر في **ضبط معدلات إنجابها بإستعمال وسائل تنظيم الأسرة**، ولكن سيطرة الأقارب عليها قد تضعف موقفها وينتهي الأمر برضوخها لرغبتهم، كما وجدت الدراسة أن **الزوجة غير المتعلمة** لا تملك قدرة فيما يتعلق بتنظيم

[1]− علياء شكري: **المرأة بين الريف والحضر**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص ص 276− 279.

أسرتها، فحتى لو كانت لديها الرغبة في ذلك، فإن **رأي زوجها** هو **الأكثر حسما** وفي النهاية **توافق على رأي زوجها حول إنجاب عدد أكبر**[1].

ويتبين أن هناك **إفتراض هام** أثبتت صدقه الدراسات الميدانية، هو أن **الأم المتعلمة أكثر الأمهات تحكما في معدلات إنجابها وميلا نحو تنظيم الأسرة**، وقد يرجع ذلك إلى أن **التعليم** يساعد على **زيادة الوعي الصحي والإجتماعي والإقتصادي**، بجانب أن **التعليم** يفرض **نشاط معين ومركز إجتماعي متميز** تحاول **الفئة الحاصلة على مؤهل تعليمي** للمحافظة عليه داخل **المجتمع المحلي**.

- **أن تعليم المرأة يحد من المشكلة السكانية عن طريقين:**

الأول: أن المرأة المتعلمة أقدر من غيرها على الإسهام في مجالات التنمية بأنواعها المختلفة مما يترتب عليها زيادة دخل أسرتها وإرتفاع مستوى معيشتها، وبالتالي فإن تحديد حجم أسرتها يساعدها على تحقيق طموحاتها المستقبلية ومساعدة أبنائها على الحصول على أعلى الشهادات التعليمية للحصول على أفضل فرص للعمل.

والثاني: أن المرأة المتعلمة تتزوج في سن متأخرة، وذلك حتى تكمل دراستها وتحصل على الشهادة الجامعية، وهي تختلف عن الفتاة التي لا تنال قسطا ضئيلا من التعليم والتي تتزوج في سن مبكرة مما يؤثر على معدل إنجابها[2].

ويساعد التعليم على خلق الوعي بأهمية تنظيم الأسرة وإتخاذ موقف ملائم من ذلك، لذا فإن الإستثمارات الضخمة للقضاء على الأمية جديرة بالثقة لأنها لا ترفع فقط مستوى المعرفة، بقدر ماتحدث تغيرا في الإتجاه أيضا.

كما أكدت دراسة "**Lee Rain water**" في كتابها عن منع الحمل والخصوبة بعنوان "الفقراء وإنجاب الأطفال" أن تعليم الزوجة أكثر إرتباطا بحجم الأسرة، وأنه كلما إزداد التعليم فإن متوسط حجم الأسرة يصبح أصغر وأن المتعلمات تعليما متوسطا لديهن أسر حجمها ضعف حجم أسر المتعلمات تعليم جامعي"[3].

2 /- عمل المرأة:

يعتبر النشاط النسوي مؤشرا من مؤشرات التحولات الإقتصادية والإجتماعية التي شهدتها الجزائر بعد الإستقلال، وذلك لما لهذا العامل من تأثير كبير على بنية الأسرة وفعاليته في تبني وإتخاذ موقف من النسل. كما أن المساهمة الفعالة للمرأة في النشاط الإقتصادي، تعتبر إحدى العوامل المؤثرة في تراجع الخصوبة، وذلك بسبب التعارض الموجود بين ممارسة المرأة لمهنة ما وكثرة الإنجاب

---

[1]- أحمد الخشاب: **سكان المجتمع العربي**، مكتبة القاهرة الحديثة، 1964، ص 158.

[2]- **نفس المرجع**: ص 158.

[3]- Lee Rain water**: poor get children,** quadrangle books, chicago, NY, 1960, p. 358.

لاسيما في غياب البنى الإجتماعية المختصة لرعاية الأطفال الصغار خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل.

فخروج المرأة الجزائرية للعمل ومشاركتها في بناء وتشييد الوطن وتقلدها المناصب العليا، حيث لم تجعل من الإنجاب دورها الوحيد بل تطمح إلى أدوار أكثر بروزا مما أدى إلى إقتناعها المستمر بخفض معدل خصوبتها.

حيث تبرز لغة الأرقام المتحصل عليها بأن **عدد النساء المشتغلات في الجزائر** في **تزايد مستمر** من سنة لأخرى، حيث إرتفع عدد المشتغلات من **660 ألف** سنة **1992** إلى **766 ألف** سنة **1995** أي بنسبة **10%** من مجموع السكان المشتغلين إلى**16.6%** [1]، ويرجع تطور معدلات نشاط المرأة إلى عدة عوامل تختلف في أهميتها وأولويتها بإستثناء التعليم الذي لايزال يلعب الدور الأساسي في فتح مجال فرص للعمل أمام المرأة لأنه غالبا ما نجد المرأة التي تقضي مدة أطول في الدراسة لاتقبل فكرة المكوث في البيت خاصة بعد حصولها على رصيد معرفي لا بأس به يؤهلها لأخذ مكانة مميزة في المجتمع وذلك بالحصول على مهنة معينة داخل المجتمع، كما أن التدهور الإقتصادي (الأزمة الاقتصادية) الذي شهدته البلاد في الآونة الأخيرة أدى بدوره إلى إنخفاض دخل رب الأسرة وعدم كفايته في تلبية كافة إحتياجات أسرته، مما حفز المرأة لخروجها إلى العمل من أجل المساهمة في ميزانية الأسرة وخاصة في حالة تدهور ظروفها الإقتصادية أوفقدان معيل الأسرة أوالطلاق. وتبقى **العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة جد معقدة،** إفتراضا أن ممارسة المرأة لمهنة أسهل وأيسر بالنسبة للواتي أنجبن عددا قليلا من الأطفال من اللواتي أنجبن عددا كبيرا مما يدفع بعض النساء إلى تحديد حجم أسرهن ليتمكن من التوفيق بين العمل داخل المنزل وخارجه، ولكن واقع إحصائيات بعض المسوح والتحقيقات المنجزة في الجزائر أظهرت أن إنخفاض المستوى المعيشي وكبر حجم بعض الأسر دفع بهؤلاء إلى الضرورة الملحة لخروج المرأة للعمل، فإقامة علاقة إحصائية ترابطية فعالة على المستوى الوطني في تقييم الإنعكاسات المحتملة لنشاط النساء على خصوبتهن تبقى صعبة التحقيق. إن المرأة الجزائرية في معظم الأحيان تباشر العمل لمدة معينة من الزمن لسد إحتياجاتها المؤقتة لتجهيز نفسها للزواج في حالة تدني المستوى المعيشي لأسرتها، أو لمساعدة الزوج في تأثيث البيت ثم تنقطع عن العمل بمجرد زواجها وغالبا عند الإنجاب لتتفرغ بصورة أفضل لأداء واجبها نحو الأبناء لهذا يقتصر عمل المرأة على فئات عمرية معينة دون الأخرى وذلك ما يوضحه **الجدول رقم (28)**.

[1]- ONS**: données statistiques**, 1995, N° 226, p.03.

الجدول رقم (28): نسبة العاملات حسب الفئات العمرية (1985-1996)

الفئات / السنوات	1985	1989	1996
أقل من 20 سنة	3.28	3.28	15.17
24-20	14.24	13.12	/
29-25	14.88	15.26	17.22
34-30	10.11	13.62	/
39-35	8.6	7.62	13.7
44-40	8.47	7.15	/
49-45	7.3	5.43	/

المصدر: وزارة الصحة والسكان: 1998، ص 26.

وتبقى **الزوجة العاملة تحظى بإحترام أكبر من طرف الزوج،** كما أن **عملها المكسب يمنحها بعض الحقوق،** لاسيما منها **الحق في إستقلالية المسكن، تقرير العدد المفضل من الأطفال، حرية التصرف في دخلها** لاسيما إذا كان عمل المرأة ودخولها المباشر في مجال الإنتاج لتكون قوة عاملة نشطة من شأنه أن يؤدي إلى :* إكتساب المرأة مكانة جديدة في المجتمع.* إرتفاع دخل الأسرة.* تقليل الخوف الذي تعيش فيه المرأة عندما يسيطر عليها شبح الطلاق أو تعدد الزوجات، ويزيد من شعورها بالأمن على مستقبلها.* إنخفاض نسبة الإعالة.* تغيير النمط الإقتصادي للأسرة ومن ثمة تغيير سيكولوجية الأسرة، من إتجاه الإنجاب الزائد عن حده وينشأ عن عمالة المرأة تناقص بين مقتضيات إمكاناتها الجديدة كإمرأة عاملة ورفاهيتها وبين الإنجاب الزائد.

ويبقى تشجيع **تشغيل المرأة** وخاصة إذا **إقترن بتعليمها وتدريبها** يؤدي إلى **الإقلال من الإنجاب** ليزول التناقض **لصالح دورها الجديد كإمرأة عاملة**[1].

3/- تأخر سن الزواج وإرتفاع معدلات العزوبة:

شهدت الجزائر تزايدا سريعا في أعداد السكان والذي بلغ **35 مليون نسمة** حسب ما توصلت إليه إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء سنة **2008**، حيث عرف معدل سن الزواج الأول لدى الجنسين تصاعدا بسنتين على الأقل كل عشر سنوات، وذلك بسبب تدهور الظروف الإجتماعية وغيرها من الأسباب التي تدفع بدورها إلى عزوف الشباب عن الزواج أو تأخيره إلى سن أعلى، فحسب التوقعات تشير إلى أن معدل سن الزواج سيرتفع سنة **2008** إلى حوالي **35 سنة فما فوق**[2].

يعتبر متوسط سن أول زواج مؤشرا رئيسيا لقياس معدلات الخصوبة، وهذا المؤشر له علاقة وطيدة بفترة الإنجاب أي أن إرتفاع سن الزواج يؤدي إلى تناقص وإنخفاض معدلات الخصوبة، لذلك

---

[1]- سلوى عثمان الصديقي: **قضايا الأسرة والسكان**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دط، 2001، ص ص 363- 364.

[2]- **جريدة الخبر اليومية**: العدد 5064، 23 جوان 2007، ص 15.

إرتأت الباحثة في **الدراسة الحالية** التركيز على **المرأة كوحدة للتحليل** إعتبارا أن **فترة الإنجاب** لديها محددة بين **سن البلوغ وسن اليأس.**

إن المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول من المقاييس التي تسمح بدراسة توقيت الزواج الأول، ويمكن حساب وتقدير المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول بإستخدام طريقة HAJNAL[1] **والجدول رقم (29)** يبين تطور العمر المتوسط للزواج الأول حسب الجنسين.

الجدول رقم(29): تطور سن الزواج في الجزائر والفارق بين الجنسين.

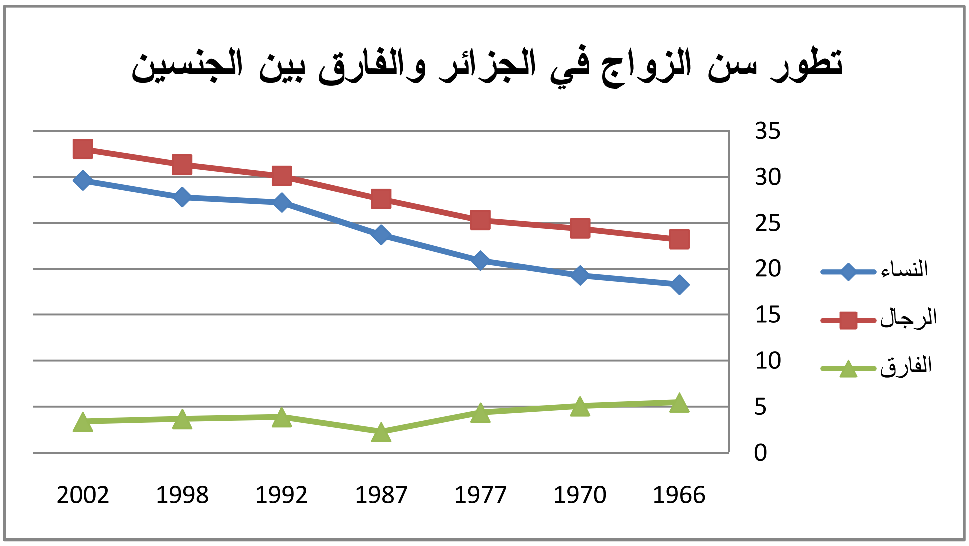
السنوات / الجنس	1966	1970	1977	1987	1992	1998	2002
النساء	18.3	19.3	20.9	23.7	27.2	27.8	29.6
الرجال	23.2	24.4	25.3	27.6	30.1	31.3	33
الفارق	5.5	5.1	4.4	2.3	3.9	3.7	3.4

Source : ONS : Donnee statistiques, 2001, P. 4.

ما هو ملاحظ من معطيات **الجدول رقم(29)** أن إرتفاع معدلات الزواج حيث بلغ **23.2 سنة** عند **الرجال 18.3 سنة** لدى **الإناث** حسب **تعداد 1966** ويرجع ذلك إلى إستقرار أوضاع البلاد بعد الإستقلال، إضافة إلى إنخفاض معدلات الطلاق حيث كان معدل العزوبة النهائية **2.1%** سنة **1966** لتصل إلى **2.9%** سنة **1969**[2]. كما لوحظ إرتفاع سن الزواج إبتداءا من سنة **1970** في حدود **20.9 سنة** لدى **الإناث** ويعود ذلك إلى خروج المرأة لميدان العمل ومواصلة تعليمها في الجامعات والمعاهد، حيث خلال الفترة ما بين**(1977-1987)** شهد سن الزواج إرتفاعا بـــ **3 سنوات تقريبا**، وإستمر في ذلك بحوالي **3 سنوات** إلى غاية سنة **1998** بالنسبة **للإناث**، أما بالنسبة للذكور فالفترة الممتدة بين **(1987-1992)** بفارق قدره **2.5 سنة** أي من **27.6 سنة** إلى غاية **30.1 سنة**، وذلك نتيجة لظهور الأزمة الاقتصادية التي تركت آثارا سلبية على كافة المجالات وخلقت صعوبات جمة أثرت هي الأخرى على الشباب كأزمة السكن، البطالة، والهجرة...إلخ وذلك ما يوضحه بصورة أفضل **الشكل** رقم **(05).**

[1]- Kouaouci.**A: Eléments D'analyse Démographique**, office des populations universitaire (Alger), 1997, p 61.

[2]- السعيد مربيعي: **التغيرات السكانية في الجزائر**، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1970، ص 130.



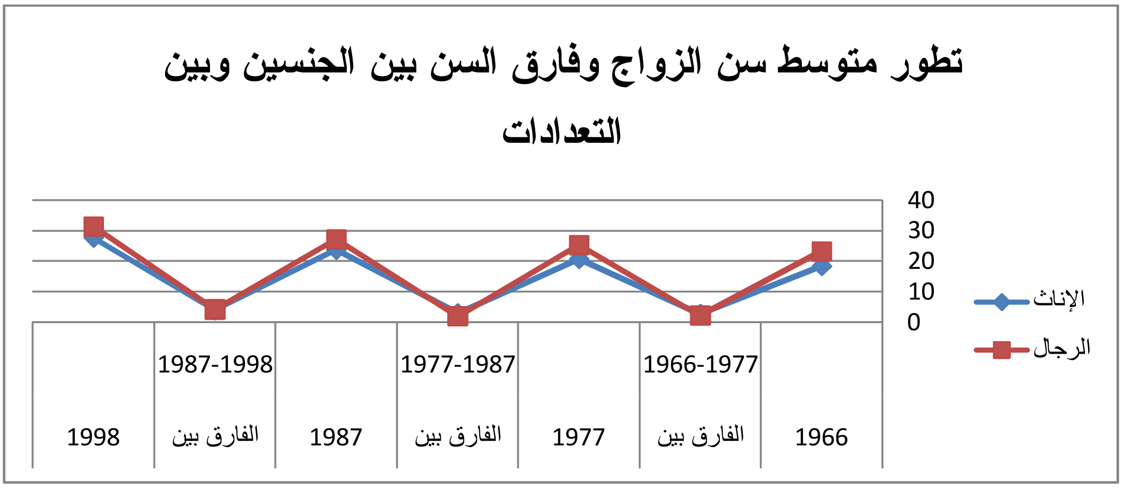
الشكل رقم (05) : منحنى تطور سن الزواج في الجزائر والفارق بين الجنسين(1966- 2002)

الجدول رقم (30): تطور متوسط سن الزواج وفارق السن بين الجنسين وبين التعدادات.

السنوات / الجنس	1966	الفارق بين 1977-1966	1977	الفارق بين 1987-1977	1987	الفارق بين 1998-1987	1998
الإناث	18.3	2.6	20.6	2.8	23.7	3.9	27.6
الرجال	23.2	2.1	25.3	1.9	27.2	4.1	31.3
الفارق	5.5	–	4.4	–	3.5	–	3.7

Source : ONS, Donnee statistiques, 2001, p 4.

من خلال **معطيات الجدول رقم (21)** لاحظت أن **متوسط سن الزواج** عند **الجنسين** عرف تزايدا كبيرا بين أول تعداد وآخر تعداد **(1966- 1998)** ويقدر ذلك الإرتفاع بـ **2.6 سنة** لدى **الإناث** و **2.1 سنة** عند الذكوربين التعدادين **(1977-1987)** وإرتفع بـ **2.8 سنة** لدى **الإناث** و **1.9 سنة** لدى الذكور بين التعدادين**(1977 و1987)**، ليتزايد الفارق بين التعدادين **(1987-1998)** بـ **3.9 سنة** لدى الذكور **4.1 سنة** لدى **الإناث**، وذلك ما يوضحه بصورة مبسطة **الشكل رقم (06)**.



الشكل رقم (06) : تطور متوسط سن الزواج وفارق السن بين الجنسين وبين التعدادات

حيث يلاحظ أن **الفارق كبير** عند الإناث عن الذكور حيث إرتفع **سن الزواج** من **23.8** إلى **31.3 سنة** عند **الذكور** أي بفارق قدره **7.5 سنة** ومن **18.3 سنة** إلى **27.6 سنة** لدى **الإناث** أي بفارق **9.3 سنة**، وحسب دراسة رسمية وصلت النسبة إلى **33.5 سنة** لدى **الرجال** و**29.5 سنة** لدى **النساء**، وذلك سنة **2006**[1].

وحسب الإحصائيات المتوفرة من شبكة الأنترنت أن **متوسط سن الزواج** وصل إلى **35.5 سنة** لدى **الذكور** وفي حدود **32.5 سنة** عند **الإناث**، وأن سن الزواج يرتفع في المناطق الريفية بصورة أكبر عن المناطق الحضرية، حيث قدر بـــ **32.2 سنة** لدى **الذكور** و**29 سنة للإناث** في **المناطق الريفية**، بينما يصل إلى **34** سنة **للذكور** و**30 سنة للإناث في المناطق الحضرية**[2].

وبهذا يمكن القول أن **إرتفاع سن الزواج الأول** من شأنه **أن يساهم** بقدر كافي في **تخفيض معدلات الخصوبة**، وخاصة **بالنسبة للإناث والنساء العاملات بوجه خاص**، على إعتبار أن فترة الإنجاب لدى المرأة تكون ما بين **15-49 سنة**، وأن تأخيرها لسن الزواج عامل مهم في خفض معدلات الخصوبة، بسبب إكمال دراستها وخروجها لميدان العمل، هذا الأخير الذي لا يتلاءم وكثرة الأطفال في الغالب[3].

*** إرتفاع معدلات العزوبة في الجزائر سنة 2002.**

مع العلم أن إرتفاع المستوى التعليمي للسكان وخاصة للنساء له أثر في إرتفاع معدلات العزوبة، هذه الأخيرة التي تعود بالفائدة لصالح تخفيض معدلات الخصوبة. حيث لوحظ حسب الإحصائيات المتوفرة سنة **2002** أن نسب العزاب كبيرة خاصة في الفئات العمرية **(30-34 سنة)** و**(35-39)** هي الفئات التي تحصلت على المستوى الثانوي والجامعي وما بعدها.

بالنسبة للنساء **الأقل من 30 سنة** أغلبيتهن قد تحصلن على **مستوى إبتدائي** ونسبة منهن أميات نسبة أخرى يُجِدن القراءة والكتابة، حيث وجد أن النساء اللواتي تحصلن على المستوى الثانوي يمكن تمييزهن عن باقي الفئات الأخرى.

فالعزوبة مست نصف تلك الفئة **(30-34 سنة)**، كما أن نسبة النساء العازبات هي **ضعف** النساء الأميات وذلك في نفس الفئة. حيث تقدر العزوبة بـــ **3 أضعاف** في المستوى الثانوي مقارنة بالأميات في الفئة **35- 39 سنة**. أما الفئة **(40- 44 سنة)** فهي تقريبا مهملة عند الأميات وقد وصلت إلى **27%** عند الجامعيين[4].

---

[1]- **Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière** : ONS, suivi de la situation des enfants et des femmes, MICS3, Algérie 2006, p 56.

[2]- **شهرزاد طويل: المميزات السوسيوديمغرافية للزواج في بلدية عين الترك، رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2005، ص 51.**

[3]- **تحليل شخصي للطالبة.**

[4]- EASF**: Donnee statistiques**, 2002, p 19.

إن تأخر سن الزواج هو نتيجة لعدة عوامل والتي تحدد سن أول زواج بالنسبة للجنسيين، والتي تمس مختلف الفئات العمرية، ومن هنا يجب التركيز على فئة معينة هي الفئة الأكثر من **40 سنة** للتعرف على عوامل إطالة فترة العزوبة عندها. وذلك ما أثبتته **(دراسة PAPFAM)** وأهم نتائجها ما يلي:

- إن نسبة العازبات المشتغلات تمثل **26.8% و73.2%** لغير المشتغلات، وأن نسبة **40%** من هذه الفئة هن أميات وعازبات، وأن معظم العازبات يقطن **بالحضر** بنسبة **77.2%** مقارنة **بالريف** بنسبة **22.8%**.

- إن التوزيع حسب العمر يبين أن أكثر من نصف العازبات أعمارهن ما بين **40- 44 سنة** وتقدر نسبتهن بـــ **58.09%** مقارنة بالفئة **(45- 49 سنة)** التي تقدر بـــ **20.35% و21%** بالنسبة لفئة **50 سنة** فما أكثر.

- إن عامل الإعاقة لعب دورا كبيرا في إطالة عمر العزوبة حيث أصبحت تشكل عائقا في ظاهرة الزواج، حيث وجد أن نسبة المعوقين تقارب **19 %** تشكل أقل من **3%** عند المتزوجات.

بالنسبة للعزوبة لدى **الذكور** إبتداءا من **40 سنة** بدأت بالإرتفاع على الرغم من تطورها الضعيف مقارنة بالنساء. فالعزاب الأقل من **40 سنة** يمثلون نسبة **2.4%** للسكان من نفس العمر، حيث أن هذه الفئة تتمركز في الوسط الحضري بنسبة تقدر بـــ **77.4%** هي نسبة كبيرة مقارنة بالريف التي تقدر بـــ **22.6%** وذلك بسبب إرتفاع البطالة بنسبة **40.3%**. أما بالنسبة للإعاقة نلاحظ وجود إعاقة شديدة وكبيرة والذي تقدر نسبتها بـــ **17%** وهي نسبة كبيرة مقارنة **بالنساء** أما بالنسبة للإعاقة الحقيقية تقدر بـــ **8.6%**.

هناك عاملين هامين لهما دور كبير في تأخير سن الزواج ومن ثمة خفض معدلات الخصوبة وهما:

العامل الأول: مكان الإقامة، فالوسط الحضري تكثر فيه العزوبة لدى الجنسين هو عامل جد مهم في خفض معدلات الخصوبة مستقبلا.

العامل الثاني: الإعاقة الفيزيائية (الجسدية) الأكثر إنتشارا عند الرجال مقارنة بالنساء.

ومن هنا يمكن القول أن العوائق الإجتماعية والإقتصادية تلعب دورا أساسيا في إطالة سن العزوبة والمساهمة الفعلية في خفض معدلات الإنجاب مستقبلا، **كالإقبال على العمل** والذي أصبح عاملا مهما لدى الذكور وأيضا **البعد الثقافي** له أثر كبير في ذلك من خلال إرتفاع المستوى التعليمي

للزوجين وزيادة وعيهما بمتطلبات الأسرة الجديدة وضرورة التفكير في تأمين ما يلزم من الأموال قبل الإقدام على الزواج[1].

كما لوحظ من خلال إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء إرتفاع معدلات العزوبة حسب التعدادات المتعاقبة على مستوى فئات السن الشابة، حيث أنها مست الجنسين معا من هم أقل من **30سنة**، وفئة (**30 - 34 سنة**) بنسب ضئيلة، أما الفئة(**20- 24سنة**) إرتفعت من **11.2%** لدى **الإناث** حسب **تعداد 1966** لتصل إلى **76.5%** سنة **1998**. أما بالنسبة **للذكور** فإنها قدرت بـــ **54.4%** لتصل إلى **97.3%**، عند قراءة تلك النسب لوحظ أن إرتفاع معدلات العزوبة كان أسرع عند الإناث وذلك نتيجة **مواصلة الدراسات العليا ودخول المرأة عالم الشغل، والتحضر**...إلخ. كما أن العزوبة مست مختلف فئات السن، خاصة بين تعدادي(**1987 و1998**) وبالنسبة للفئة الأكثر تأثرا هي (**25- 29 سنة**) حيث أنها تضاعفت بين هذين التعدادين من **49.6%** إلى **77.7%** لدى **الذكور**، ومن **22.2%** إلى **45.3%** لدى **الإناث**، وذلك نتيجة الأزمة الاقتصادية وتدهور الظروف الإجتماعية والسياسية للبلاد، مما إنجرعنها مشاكل عديدة عرفها الشباب والتي دفعت العدد الأكبر منهم لتأخير سن الزواج وإطالة فترة العزوبة حتى سنوات متأخرة جدا.

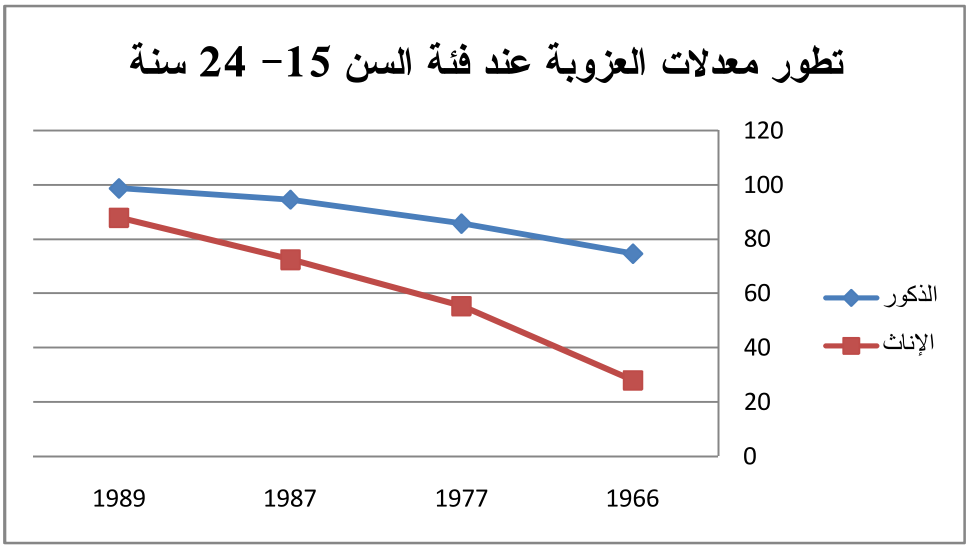
وأيضا لوحظ أن معدلات العزوبة إرتفعت حتى في الفئة بين (**15- 24 سنة**) من **تعداد 1966** إلى **1998** بنسبة من **74.69%** إلى **98.7%** لدى **الذكور** ومن **28.04%** إلى **87.86%** لدى **الإناث** وذلك ما يوضحه **الجدول رقم** (**31**) الذي يبين الإرتفاع السريع لمعدلات العزوبة لدى الإناث مقارنة بالذكور[2]. وهو مايوضحه الباحث بصورة مبسطة في **الشكل رقم** (**07**) الذي تم إدراجه مباشرة بعد الجدول الخاص بتطور معدلات العزوبة عند فئة السن (**15-24**).

الجدول رقم (31): تطور معدلات العزوبة عند فئة السن 15- 24 سنة.

التعداد / الجنس	1966	1977	1987	1989
الذكور	74.69	85.74	94.57	98.7
الإناث	28.04	55.4	72.46	87.86

Source : ONS, Donnee statistiques, 1998, pp 47- 49.

[1]- EASF: **OpCite**, p 22.
[2]- ONS: **Donnee statistiques**, 1998, pp 47- 49.



الشكل رقم (07) منحنى تطور معدلات العزوبة عند فئات السن 15 -24 سنة

وفيما يخص **العزوبة النهائية** بينت نتائج دراسة **EASF** سنة **2002** بالجزائر، أن العزوبة النهائية للإناث لجيل الأعمار بين **45- 49 سنة**، أنها بلغت **51.8%** وأن شدة الزواج والتي يتم حسابها بفرق عدد العزاب في سن **50** من عدد العزاب في سن 15 سنة وتحسب كالآتي:

C_{50}-C_{15}/100 وأن شدة الزواج في الجزائر سنة **2002** بلغت **9.48 في الألف**. وأن إحتمال أول زواج بلغ أقصاه في سن **19** حيث قدر بـــ **0.175** والجدير بالذكر أن عدد الزيجات في هذا الجيل بلغ حده الأقصى في سن **17 سنة** حيث قدر عدد الزيجات بـــ **1076 زوجة (2002)**[1].

– **إرتفاع سن الزواج عند المرأة في الجزائر:** أثبتت نتائج دراسة **ENAF** أن سن أول زواج المرأة في الجزائر قد شهد إرتفاعا كبيرا، خاصة في السنوات الأخيرة والذي بدوره أدى إلى إنخفاض معدلات الخصوبة، وتمثلت نتائج تلك الدراسة فيمايلي:

* أن نسبة النساء اللواتي سنهن بين **(20- 24 سنة)** وصلت إلى **45%** بينما عند اللواتي هن في سن **(45- 49 سنة)** بلغت **87%** [2].

* أن للمستوى التعليمي دور كبير في تأخير سن الزواج، حيث أنه كلما إرتفع المتغير الأول ينتج عنه إرتفاع في المتغير الثاني.

* أن منطقة السكن لها دور في تأخير سن الزواج، ومن ثمة تؤثر على معدلات الخصوبة مما تؤدي إلى إنخفاضها، حيث أن سن زواج الإناث يزداد إرتفاعا كلما إنتقلنا من المناطق الريفية نحو المدن الكبرى.

[1]- EASF: **OpCite** , p. 29.
[2]- Kouaouci.A : **Famille, Femmes et contraception**, CENEAP, FNUAP, 1992, Alger, p. 121.

* إرتفاع سن زواج النساء العاملات عبر مختلف الأجيال مقارنة بالنساء اللواتي يمكثن في المنزل[1].

* أثبتت إحصائيات اليد العاملة والسكان سنة **1989** أن نسبة العزاب في الجزائر قدرت بـــ **43.9%** بالنسبة للنساء ذوات المستوى التعليمي العالي و**7.2%** لما دون ذلك المستوى[2].

وأكدت الدراسة الميدانية حول الزواج والخصوبة لعينة من العاملات لولاية وهران، أن نسب العازبات المعلمات مرتفعة عن باقي الفئات الأخرى من النساء، فسن زواج المعلمات دائما يفوق 20 سنة، بينما المعدل العام للنساء المتزوجات في الجزائر في مثل هذا السن بلغ 10% [3].

وتوصلت نتائج الدراسة أيضا إلى أن **1/2 النساء** من باقي الفئات يتزوجن في سن **25 سنة فما فوق**، وينتظر أن يبلغ **معدل المتزوجات** هذه النسبة **(1/2)** عند سن **30 سنة**، حيث لوحظ أن معدل النساء غير المتزوجات من المعلمات أكبر مما هو عليه لدى باقي فئات النساء، بما أن سن زواجهن يكبر بـــ **4 سنوات** عن باقي الفئات الأخرى لكن هذا التأخر في الزواج يكون حسب الوسط السكني للمعلمات، فسن الزواج عند القاطنات بالأرياف **أقل نسبة** من اللواتي يعشن في المدينة خاصة المدن الكبرى[4]. كما لوحظ إرتفاع معدلات الزواج رغم بعض المشاكل الإجتماعية (البطالة، أزمة السكن، الفقر) من **177548** حالة (سنة **2000**) ليصل إلى **295295** حالة (سنة**2007**)، وعرف معدل سن الزواج بالنسبة للرجال والنساء معا إرتفاعا حيث كان في حدود **33 سنة** لدى **الرجال**، و**29.6** لدى **النساء**، ليصل إلى **33.5 سنة** لدى **الرجال و 30 سنة** لدى **النساء**.

4/- إرتفاع معدلات البطالة:

تعرف البطالة على أنها **حالة عدم توفر منصب عمل لشخص راغب فيه مع قدرته عليه، في مهنة تتفق مع إستعداداته وقدراته**[5]. وعليه تعتبر هذه الظاهرة أهم مشكل يواجه المجتمعات ككل وخاصة المجتمع الجزائري الذي أصبح يعاني من آثارها التي إنعكست سلبا على كافة الميادين الإقتصادية والإجتماعية والسياسية...إلخ. وبالنظر للآثار السلبية المترتبة عنها أدرجت قضية التشغيل ضمن الأولويات في السياسات الإجتماعية والإقتصادية لمختلف البلدان، حيث إزداد الإهتمام بهذه المسألة خاصة في السنوات الأخيرة **لعدة عوامل** نذكر منها:

---

[1]- Kouaouci.A: **OpCit**, p. 122.

[2]- شهرزاد طويل: **مرجع سابق**، ص 48.

[3]- Mohamed Salhi et Nourddine daoudi : **Nuptialité et Fécondité d'une sous population**, les enseignantes de la wilaya d'Oran, URASC, Oran, 1992, p. 2.

[4]- **Ibid :** p. 2.

[5]- محمد علاء الدين وعبد القادر: **البطالة**، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2003، ص 1.

1- عولمة الإقتصاد وتحرير التجارة الدولية وما أفرزته من آثار سلبية على أسواق العمل، إضافة إلى تطبيق برامج الإصلاح الإقتصادي وخصخصة مؤسسات القطاع العام وصاحب ذلك تسريح العمال.

2- تزايد عدد السكان النشطين وإرتفاع معدلات خروج المرأة لسوق العمل، إضافة لأثر التطور التكنولوجي السريع على عالم الشغل وذلك إلى جانب تنامي الإهتمام بحقوق الإنسان، وفي مقدمتها الحق في العمل للجنسين وخاصة المرأة. حيث إرتفع عدد السكان في سن العمل في العالم ككل في الفترة مابين (**1995 - 2005**) من **3.90 مليار** إلى ما يفوق 4.64 مليارات، وفي الدول النامية تزداد أعداد السكان في سن العمل حيث إرتفعت خلال هذه الفترة بنسبة **2%** كل سنة ليصل بذلك إلى **3.85 مليارات** بعد أن كان **3.16 مليارات** في عام **1995**[1].

3- إرتفاع معدلات البطالة في البلدان العربية بنسب مذهلة، حيث بلغت سنة **2004** وطبقا لتقديرات منظمة العمل العربية معتمدة في ذلك على مصادر إحصائية رسمية عربية ودولية في نشرتها الإحصائية الصادرة في **ديسمبر 2005** المعنونة بنشرة إحصائية حول التشغيل والتنمية البشرية في البلدان العربية كما يوضحه **الجدول رقم (32)**

[1]- منظمة العمل الدولية: "**تغير الأنماط في عالم العمل**"، 2006، ص 20.

الجدول رقم (32): نسبة البطالة في العالم العربي 2004

	البلد	السنة	عدد البطالين	نسبة البطالة %
1	المملكة الأردنية الهاشمية	2004	156284	12.5
2	دولة الإمارات العربية المتحدة	//	82000	3
3	مملكة البحرين	//	9224	3.1
4	الجمهورية التونسية	//	432900	13.9
5	الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية	//	**3187041**	**29.9**
6	جمهورية جيبوتي	//	29602	9.5
7	المملكة العربية السعودية	//	403311	6.2
8	جمهورية السودان	//	2329215	17
9	الجمهورية العربية السورية	//	530064	10.8
10	جمهورية الصومال الديمقراطية	//	777994	17
11	جمهورية العراق	//	7273252	28.1
12	سلطنة عمان	//	62868	7.1
13	دولة فلسطين	//	212000	26.8
14	دولة قطر	//	8887	2.3
15	دولة الكويت	//	25919	1.7
16	الجمهورية اللبنانية	//	145965	10.8
17	الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى	//	308171	17.5
18	جمهورية مصر العربية	//	2204000	10.5
19	المملكة المغربية	//	1446392	14.2
20	الجمهورية الإسلامية الموريتانية	//	178446	21
21	الجمهورية اليمنية	//	765000	15.4
	المجموع	**2004**	**20568535**	**15.8**

المصدر: نشرة إحصائية حول التشغيل والتنمية البشرية في البلدان العربية لسنة 2004، مركز التوثيق والمعلومات ديسمبر 2005.

وما هو ملاحظ من النسب المسجلة بالجدول أنها بلغت نسبة **29.9%** **بالجزائر** ثم العراق **28.1%** ثم فلسطين **26.6%** ليبيا **17.5%** اليمن **15.4%** المغرب **14.2%**. كذلك فإن متوسط معدل البطالة في البلدان العربية بلغ **15.8%**، مع العلم أن النسب المرتفعة للبطالة في البلدان العربية أصبحت تشكل معضلة كبرى للشعوب، وذلك لما تتركه من آثار سلبية أبرزها الفقر الشديد الذي يعيشه الأفراد، وتدني مستوى المعيشة والإحساس بالذل والتفكك الأسري، وإنتشار المخدرات وإرتفاع معدلات الجريمة وغيرها من الظواهر الخطيرة على مجتمعاتنا.

* ومن هذا المنطلق بادرت الجزائر بوضع تشريعات وآليات تعمل على تنمية قطاع التشغيل وخلق فرص عمل جديدة، ومحاولة التخفيف من ظاهرة البطالة، والتقليص من حدتها وذلك بعودة النمو الإقتصادي من خلال دعم تشغيل الشباب خاصة النساء وترقية العمل الريفي والعمل المنزلي...إلخ.

* حيث تم في جانفي **2004** المصادقة على منظومة قانونية تتمثل في **4 مراسيم** تتعلق بالقرض المصغر تهدف إلى تشجيع العاطلين على العمل أو عديمي الدخل على خلق أنشطة خاصة بما فيها أنشطة البيوت من خلال:

- منح قرض بنكي يتراوح مبلغه ما بين **50 ألف دج و400 ألف دج**.

- تقديم مساعدة من الدولة في شكل قروض بدون فائدة عندما تفوق كلفة المشروع 100 ألف دج.

- منح قرض بدون فائدة برسم إقتناء مواد أولية لا يتعدى قيمتها **30 ألف دج** أو تخفيض من نسب فائدة القروض البنكية، وتم تخصيص **21 مليار دج** سنة **2004** لدعم تشغيل الشباب بإشراك البنوك في ذلك.

4- إدماج المرأة بواسطة آليات التشغيل حيث كان للمرأة نصيب معتبر فيها وذلك إستجابة لإقتراح رئيس الجمهورية، وقصد تدعيم المرأة الماكثة بالبيت تم إنشاء أسواق لبيع منتوجات هذه الفئة، وفضاء يضمن لها تسويق منتوجاتها بغية تحسين المستوى المعيشي للأسر. سمحت تلك الآليات التي وضعتها الدولة من أجل تقليص نسبة البطالة في سياق الإنعاش الإقتصادي وعودة بوادر النمو الإقتصادي، إذ تشير آخر الإحصائيات إلى أن معدل البطالة قد إنخفض من **29%** سنة **1999** لتصل إلى **23%** سنة **2003**[1].

أما فيما يخص إنخفاض معدلات الخصوبة لاترتبط بإرتفاع المستوى التعليمي للزوجين وإمتداد فترة التمدرس فحسب، بل ترجع إلى تفاقم مشكلة البطالة التي أصبحت شبحا يطارد المقبلين على الزواج أوالمتزوجين حديثا، حيث مست تقريبا **30%** من الفئة النشطة، وهذا حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء سنة **1998** كما أنها مست نسبة **65%** من الفئات ما بين**(15- 19)** و**(20-24)** سنة أين يصبح الشباب غير قادر على توفير إحتياجاته ومتطلباته الخاصة. فكيف يفكر في إنشاء أسرة مستقلة وخاصة في حالة عدم توفر منصب شغل والإرتفاع المستمر لمصاريف الزواج ومتطلبات الزوجة والأولاد وشؤون الأسرة [2].

---

[1]- www.un.org/womenwatch/daw/Review/.../ALGERIA-arabic.

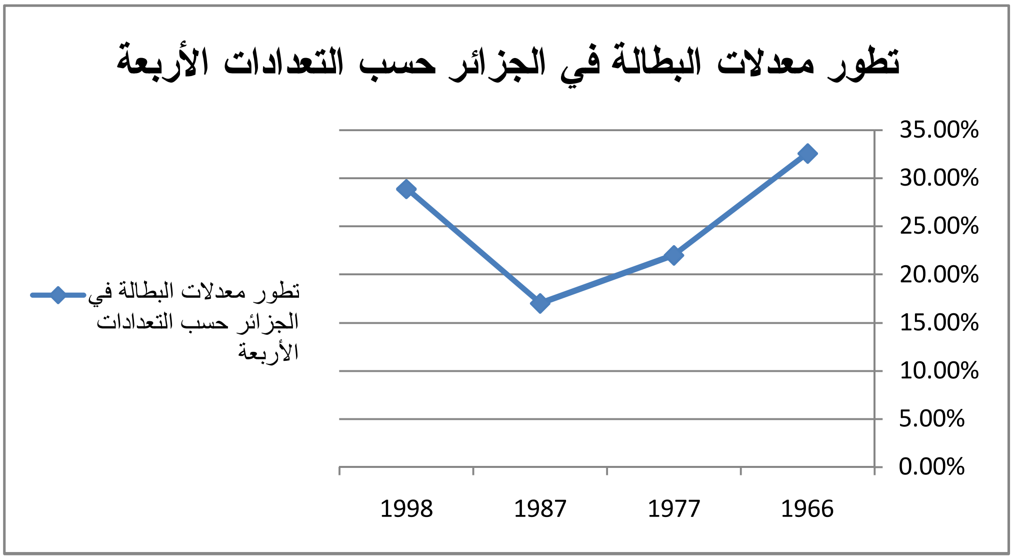
[2]- تحليل شخصي للطالبة.

الجدول رقم (33): تطور معدلات البطالة في الجزائر حسب التعدادات الأربعة.

التعداد / نسبة البطالة	1966	1977	1987	1998
%	% 32.6	% 22	% 17	% 28.9

Source: ONS, Donnee statistiques, 1998.

من خلال **الجدول رقم** (33) الذي يوضح تطور معدلات البطالة في الجزائر حسب التعدادات الأربعة لوحظ أن نسبة البطالة وصلت إلى **32.6%** سنة **1966** وهي أعلى نسبة مقارنة بالسنوات الأخرى، وذلك نتيجة لإستقلال الجزائر الحديث إضافة لما خلفه الإستعمار الفرنسي من حرمان ودمار في المجالات الإقتصادية والإجتماعية. وبعد مضي **10سنوات** أي خلال **تعداد 1977** وصلت النسبة إلى **22%** ويرجع ذلك إلى تحسن مستوى التشغيل وخاصة في مجال الزراعة، والذي لعبت دورا كبيرا في إمتصاص البطالة، لتنخفض النسبة إلى **17%** خلال **تعداد 1987**، وهذا نتيجة التحسن الإقتصادي الذي شهدته الجزائر من خلال مخططاتها التنموية وخلق مناصب شغل جديدة[1]. أما خلال **تعداد 1998** فقد بينت نتائجه أن نسبة البطالة إرتفعت مرة أخرى إلى **28.9%** والتي مست الجنسين معا، إذ أثبتت إحصائيات **1998** أن نسبة البطالة عند الذكور وصلت إلى **27.84%** و**28.08%** عند **الإناث** وذلك في **المناطق الحضرية والريفية**[2]، وحسب نتائج الديوان الوطني للإحصائيات تراجع معدل البطالة إلى**10.2%** سنة**(2009)** بعدما كان **11.3%** سنة **(2008)**[3] ونوضح ذلك بصورة مبسطة من خلال **الشكل رقم** (08).



الشكل رقم(08): تطور معدلات البطالة في الجزائر حسب التعدادات الأربعة(1966-1998)

[1]- www.un.org/**OpCite**.
[2]- **http://elhamel.net/2010/archive/index.phpt-5057html, (08-01-2010)**.
[3]- www.un.org/**OpCite.**

الجدول رقم (34): توزيع معدلات البطالة حسب الفئات العمرية والوسط لسنة 2001.

الفئات العمرية	الحضر	%	الريف	%	المجموع	%
19-15	211218	59.47	182223	44.34	393441	**51.35**
24-20	434528	52.95	253430	37.41	687958	**45.92**
29-25	378204	40.22	200780	33.41	578984	**37.56**
34-30	192186	24.85	88704	19.97	280890	**23.07**
39-35	96911	**14.45**	58985	**15.38**	155896	**14.79**
44-40	62151	11.73	31136	10.31	93287	**11.21**
49-45	41461	**9.59**	31201	**11.59**	72662	**10.33**
54-50	31281	**11.01**	26882	**12.84**	58163	**11.79**
59-55	7401	**5.29**	10768	**10.57**	18169	**7.51**
المجموع	**1455341**	**28.84**	**884108**	**25.10**	**2339449**	**27.30**

Source : ONS, Données statistiques, 2001, P 343.

ما هو ملاحظ من خلال معطيات **الجدول رقم (34)** أن البطالة مست كل الفئات العمرية بنسب متباينة، وذلك في الوسط الحضري والريفي حيث أنها بلغت **28.84%** في **الحضر** مقارنة **بالريف** الذي بلغت فيه **27.30%** وأهم ما نميزه من هذا الجدول، هو أن هذه النسب مرتفعة في الحضر مقارنة بالريف وذلك تقريبا في كل الفئات العمرية ما عدا الفئات (35- 39 سنة)، (45-49)، (50-54) و(55-59) **والتي تبقى فيها نسب البطالة في الوسط الريفي منخفضة مقارنة بالوسط الحضري.**

كما أن نسبة **50%** من **البطالين** تتراوح أعمارهم ما بين**(15- 30 سنة)** مما يؤدي إلى **تأخر سن الزواج، وإطالة فترة العزوبة وخاصة عند الذكور**[1]، وذلك بسبب **عدم توفر مناصب شغل وأزمة السكن** وفي حالة **زواج البعض** منهم يلجأ **أغلبهم إلى عدم الإنجاب حتى تتحسن ظروفهم المعيشية**[2].

5/- إنخفاض الدخل الفردي:

يقاس المستوى المعيشي للأفراد بمستوى الدخل الذي يحصلون عليه، حيث أن إرتفاعه أو إنخفاضه يؤثر على السلوك الديمغرافي "**الخصوبة**"، فالجزائر عرفت إرتفاعا محسوسا في مستوى الدخل والقدرة الشرائية للأفراد بعد الإستقلال مباشرة، إلا أن ذلك سرعان ما تراجع نتيجة الأزمة الإقتصادية التي شهدتها البلاد إبتداءا من سنة 1986، وتراجع العملة المحلية والضغوطات الممارسة على العمال. حسب إحصائيات CNES، قد إنخفض الدخل عند الفرد خلال **10 سنوات** من **2800 دولار** سنة **1977** ليصل إلى **1350 دولار** سنة **1987**، في حين أن القدرة الشرائية قدرت بـــ **4500 دولار للفرد**، وإنخفضت إلى أكثر من **النصف** لتصل إلى **2000 دولار للفرد**[3].

[1]- ONS: **Données statistiques**, 2001 , p. 343.

[2]- **تحليل شخصي للطالبة.**

[3]- شهرزاد طويل: **مرجع سابق**، ص 30.

وحسب إحصائيات سنة **2000** تبين أن هناك **50%** من السكان يصنفون ضمن **الفئات الفقيرة،** وهم من **طبقة العمال والفلاحين** ودخلهم يقل عن **6000 دينار جزائري شهريا**، والسبب في ذلك يعود إلى فرض **نظام خوصصة المؤسسات العمومية، وتسريح العمال** الذي بلغ عددهم **500000 عامل** مسرح، إضافة إلى بروز ظاهرة جديدة هي **النزوح الريفي إلى المدن** بحثا عن **الأمن والعمل** نتيجة **تفاقم أزمة البطالة في الريف والمناطق المعزولة والنائية.**

الجدول رقم (35): تطور معدلات الدخل والأثمان بين 1990 و1995 في الجزائر.

السنة	1990	1991	1994	1995
الدخل %	15	29.5	27.4	19.3
الأثمان %	23.8	33.2	31.5	28

Source : ONS : Données statistique,1997 -1998.

حيث يلاحظ من معطيات الجدول إرتفاع مستويات الأثمان على مستويات الدخل، وهذا التباين له أثر في تراجع القدرة الشرائية والمستوى المعيشي وللدخل أثر كبير في الإدخار، ففي سنة **1998** كان **97%** من دخل الأسرة تنفق على الإستهلاك و**3%** فقط موجهة للإدخار، في حين كانت هذه النسبة سنة **1997** تشكل **7%**[1]، ويرجع هذا التدهور في تشكيل المدخرات لدى السكان كنتيجة لتدهور المستوى الإقتصادي للفرد.

وحسب دراسة سنة **1995** تبين أن **85%** من العمال يتراوح دخلهم بين **4000 و10000 دينار جزائري** بينما اعتبرت الجزائر سنة **1990** أن **7000 دينار جزائري** مقياسا للفقر[2].

ومن هنا يمكن القول بأن الدخل الضعيف لا يستطيع تلبية أقل ضروريات الحياة والذي تسبب في ظهور بعض الأمراض كسوء التغذية الذي مس شريحة الأطفال والنساء والحوامل، وإرتفاع معدلات الإنجاب التي لا تتوافق وتسريح العمال وإنخفاض مستوى الدخل لديهم، مما إنجر عنه عزوف الشباب عن الزواج المبكر لغياب الإستقرار المادي[3]، وزيادة وعي المتزوجين بتكاليف إضافة طفل جديد، مما يدفعهم لإنجاب عدد أقل من الأطفال في المستقبل عبر فترات متباعدة .

6/- الأزمة الاقتصادية:

شهدت الجزائر منذ النصف الثاني من **ثمانينات القرن العشرين** تدهورا إقتصاديا واضحا وهو مما كشفت عنه **مؤشرات النشاط الإقتصادي في الجزائر**، وتمثلت **أبرز مظاهرها** في:

1- **كمال بلخيري: عوامل وآثار تأخر زواج الجامعيين، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2001، ص 79.**

2- شهرزاد طويل: **مرجع سابق**، ص 31.

3- **عادل بعزة: "أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة"، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2008- 2009، ص 73.**

أ/- **تراجع الناتج القومي:** لوحظ أن الناتج القومي إنخفض خلال سنة واحدة (1988) بمعدل **15%** وفي المدة نفسها تراجع فيها الناتج القومي الإجمالي، في حين كان معدل النمو السكاني يصل إلى **3%** الأمر الذي يؤشر حالة التدهور في تلبية إحتياجات المواطنين.

ب/- **العجز في ميزان الحساب الجاري:** بعد أن حقق فائضا بلغ **1014 مليون دولار** في سنة **1985**، يسجل عجزا في السنة التالية حيث بلغ **2230 مليون دولار**، وقد إنخفض العجز إلى **772 مليون دولار** في **1988**، ولكن بتكلفة إقتصادية وإجتماعية لايمكن إلا أن تكون شديدة الإرتفاع، لقد تحقق هذا الإنخفاض على حساب الواردات التي ضغطت بشكل مستمر خلال الثمانينات، فبعد أن كانت قيمتها **15.367 مليون دولار** في سنة **1986**، لتصل إلى **10.116 مليون دولار** سنة **1987** ثم بعدها ب **9.637 مليون دولار** سنة **1988** نتج عن ذلك، وصول نسبة الإنكماش في الواردات بين **1986** و**1988** إلى **18.48** ويعود **السبب** في ذلك إلى:

- إنخفاض قيمة الصادرات الجزائرية من المحروقات، فضلا عن تدني في أسعار المحروقات، حيث أن قيمة الصادرات من المحروقات للفترة من **1986 إلى 1988** (قيمة مليون دولار أمريكي) نتج عن ذلك الإنخفاض عجز في تلبية المطالب الإجتماعية المتصاعدة بإستمرار نتيجة الزيادة السكانية والإستخدام الواسع للآلة الإنتاجية المفككة التي أصبحت عاجزة عن إستقبال عمالة جديدة لدرجة أنه بدأ التفكير جديا في **تسريح العمال**[1].

- خدمة المديونية الخارجية وإرتفاعها حيث قدرت قيمة المديونية الخارجية طويلة الأجل في سنة **1988** حوالي **23.229 مليون دولار أمريكي** أي بنسبة **44.5%** من الناتج القومي الإجمالي، ووصلت خدمتها إلى **6.343 مليون دولار**، أي بنسبة **72.3%** من حصيلة الصادرات والسلع والخدمات. وكان من الطبيعي أن يؤدي الإنكماش في الواردات في السلع الغذائية إلى تباطؤ في النشاط الإقتصادي، مثال ذلك أنه في الربع الأخير من سنة **1989** كان المخزون من مستلزمات الإنتاج قد نفذ في **60%** من المنشآت الصناعية وأن **41%** من الطاقة الإنتاجية للقطاع الخاص كان مستخدما بنسبة تقل عن **50%** وكان طبيعيا أن ينعكس هذا الوضع على تلبية الإحتياجات الأساسية للمواطن[2].

وماضاعف من **حدة المشكلات الإقتصادية والإجتماعية** وخطورتها تأثير **عدة عوامل** نذكر أهمها: * إرتفاع معدل الزيادة السكانية في الجزائر، الذي وصل إلى **3%** ويعد من أعلى المعدلات في العالم. وترتب عن ذلك أن نحو **60%** من السكان أعمارهم دون سن العشرين، وهو ما يلقي أعباءا ثقيلة فيما يتعلق **بخدمات التعليم والصحة والإسكان والصرف الصحي، وتوفير فرص عمل حقيقية** لتلك **الأجيال الناشئة** حفاظا على **الأمن الإجتماعي والإستقرار العائلي**، وفي مثل هذه الحالة فإن هؤلاء الشباب مستعدون **للإنخراط في أعمال عدائية ضد النظام السياسي**.

1- http://www.ammanjordan.org/**OpCite.**

2- **Ibid.**

* إنتشار الفساد في بعض القطاعات الحكومية وإضراره بالمصلحة العامة والإقتصاد الوطني الجزائري، وتمثلت إحدى مظاهر الفساد في قطاع البترول والغاز، واتهم سيد "أحمد غزالي" وزير البترول الجزائري الأسبق "بلقاسم بن نبي" والمسؤولين عن قطاع النفط والغاز بالإضرار بالإقتصاد الوطني والحصول على رشاوي تبلغ عدة مليارات من الدولارات[1].

ويبدو أن وطأة الآثار الناجمة عن تدهور الوضع الإقتصادي وأعبائه على النظام السياسي الجزائري قد بدا واضحا عندما أقر الرئيس الجزائري الأسبق "**الشادلي بن جديد**" في بيان متلفز توجه به إلى المواطنين يوم العاشر من تشرين الأول/أكتوبر **1988** (أي بعد أحداث **5 أكتوبر 1988**)، بالمصاعب الإقتصادية التي واجهتها الجزائر في الأعوام الأخيرة، وذكر بهبوط أسعار المحروقات والجفاف وبعبء المديونية الخارجية[2].

7/- إرتفاع الهجرة الداخلية:

أثبتت الإحصائيات الوطنية لسنة **1998** أنه ما يقارب **60%** من الجزائريين يقطنون المناطق الحضرية، مقابل **50%** سنة **1987** و**40%** سنة **1977**، كما أثبتت أيضا أنه منذ **1966** لوحظت تغيرات جذرية مست التنظيم العام للسكان في المناطق النائية، فبينما كان يمثل **44%** من عدد السكان الإجمالي للوطن، إنتقل إلى **39%** و**29%** في سنة **1977** و**1987** [3] على التوالي، ليصل إلى أقل من **20%** في آخر إحصاء، إذ تراجع بين **1987** و**1998** بـــ **1 مليون نسمة**، في حين إرتفعت معدلات سكان المجمعات السكانية من **56.1%** سنة **1966** إلى **81.37%** سنة **1998** بعد أن كان **61.20%** في سنة **1977** و**70.82%** في سنة **1987** [4]. وقدرإرتفاع سكان المجمعات السكانية بين **1987** و**1998** بـــ **7 ملايين نسمة**، بينما يتزايد سكان الأرياف ببطء من **11.6 مليون** سنة **1987** إلى **12.13 مليون** سنة **1998**، وتزايد سكان المدن من **49.7%** إلى **58.3%** في نفس الفترة [5]. وقد وصل مجموع سكان المدن سنة **1998** إلى **16.966.937 ساكن**، وقد أكدت المصادر ذاتها أنه إضافة إلى التوزيع غير العادل للسكان بين المناطق الريفية والنائية وبين المجمعات السكانية والمدن الكبرى، حيث يتركز أكثر من **1/3** سكان الجزائر في المناطق الساحلية بـــ **245 ن/كلم²**، بينما تبلغ الكثافة العامة للجزائر بـــ **12.22 ن/ كلم²**.

فهذه **التحركات السكانية** أثرت إلى حد ما في **تراجع وإنخفاض معدلات الخصوبة** نتيجة **تأخر سن الزواج وبروز نمط عيش جديد**، وكذلك ساهمت في بروز **تحولات إجتماعية وإقتصادية وديمغرافية سريعة وعميقة**، كما أن هذه **التحولات** أدت إلى **سرعة نمو الحضر والمدن**، وهذا الأخير

---

[1]- http://www.ammanjordan.org/**OpCite.**
[2]- **Ibid.**
[3]- **ONS**: Donnee Statistiques, 2000, p. 1.
[4]- شهرزاد طويل: **مرجع سابق**، ص 65.
[5]- **ONS :OpCite,** p. 48.

أدى إلى **إجهاد الحكومة الجزائرية** في توفير أبسط الخدمات الضرورية والأساسية مما زاد من حدة الفقر خاصة بالمدن، وقد فاقت سرعة هذا النمو إلى درجة عدم التوازن في خلق وتوافر فرص العمل والخدمات لأفراد المدن، مما أدى إلى تضاعف الأزمة وبروز العديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية **كالبطالة وأزمة السكن،** وأثر ذلك على **برامج التنمية المخططة** لأن **المدن** تتيح فرص **للتغير الإجتماعي والتنمية الإقتصادية.**

كما أن تلك التحولات الملحوظة في التحركات السكانية لم تتضمن سرعة التحضر فحسب، وإنما التفكير في الهجرة الخارجية أو الدولية أيضا، فرغم غياب الإحصائيات حول الهجرة الخارجية فإن الرأي العام للمجتمع من خلال الجرائد اليومية تؤكد صدق هذا القول، وذلك من خلال تطلعات شباب اليوم والغد إلى مستوى معيشي أفضل حسب نمط عصري أوربي وهذا ما شجع الشباب في التفكيرعلى الهجرة طالما أن المناطق الحضرية الداخلية عجزت عن توفير متطلبات الفرد من فرص عمل وسكن... إلخ.

8/- التحضر:

يقصد به الزيادة في نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية، ويحدث التحضر بهذا المعنى عندما ينمو سكان الحضر بوتيرة أسرع من نمو السكان ككل. ربما يكون التحضر ناتجا عن الهجرة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، أو عن الإختلافات في الخصوبة والوفيات بين المناطق المختلفة. وتعتمد معظم دراسات ظاهرة التحضر على بيانات التعداد وتشير التقديرات إلى أنه بحلول عام **2000** سوف يعيش نصف سكان العالم في المدن، ويعد التحضر واحدا من أهم الظواهر الديمغرافية الحالية[1].

أما تأثير هذا العامل على الخصوبة حيث بينت العديد من الدراسات عن وجود **علاقة عكسية** بين ظاهرتي **التحضر والخصوبة،** وقبل تحديد الفرق بين خصوبة الريفيات والحضريات نشير إلى إشكالية المناطق الحضرية والريفية، حيث أن **المنطقة الريفية** هي كل منطقة يقيم بها السكان بشكل مبعثر والتي تضم أقل من**2000 ساكن.** ويعتمد التصنيف الذي يقسم المناطق السكنية إلى مناطق ريفية وأخرى حضرية على عدة مؤشرات (**النشاط الإقتصادي والكثافة السكانية** وغيرها)[2].

وخلال **سنة 1970** كانت الخصوبة في الحضر مرتفعة مقارنة بالريف، حيث قدر **المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية** بحوالي **10.9 أطفال للمرأة الواحدة** في **المنطقة الحضرية،** وبحوالي **10.4 أطفال** في **المنطقة الريفية،** أي بفارق قدره **0.5 أطفال للمرأة.** وأرجع "**كواوسي**" ذلك إلى **ضعف إستعمال وسائل منع الحمل** الذي لم يستطع تعويض كل من أثر الرضاعة الطبيعية والإجهاض،

---

[1]- رولان بريسا: **مرجع سابق،** ص 335.

[2]- زمام نورالدين: **محاضرة في مقياس سياسات حضرية،** سنة أولى ماجستير، تخصص:ديمغرافياحضرية، كلية العلوم الإجتماعية، جامعة فرحات عباس بسطيف، 2008، (9:30-12:00).

الأمر الذي أدى إلى إرتفاع الخصوبة في الحضر، في حين نجد أن **المستوى المرتفع** لكل من **الرضاعة الطبيعية والإجهاض** قلص من **معدلات الخصوبة في الريف**[1].

وفي **سنة 1986** ساهمت المنطقة الحضرية أكثر في إنخفاض الخصوبة على المستوى الوطني، حيث إنتقل **المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية** في **المناطق الحضرية** من **10.5 أطفال للمرأة** سنة **1970** إلى **7.8 أطفال** سنة **1986**، أي أن المؤشر إنخفض بمقدار **3 أطفال للمرأة**، أما في **المناطق الريفية** وصل الإنخفاض إلى **0.2 طفل للمرأة**. وحسب **تحليل كواوسي** إستطاع كل من عاملي **الرضاعة الطبيعية والإجهاض** تعويض أثر موانع الحمل التي إنتشرت بكثرة في **الحضر** (مقارنة بالمستوى المسجل في الأرياف) مما أدى إلى الثبات النسبي للخصوبة عند مستويات عالية في المناطق الريفية.

خلال **سنة 1992** وبسبب شمولية ظاهرة إستعمال موانع الحمل، شهدت المناطق الريفية أكبر إنخفاض في المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية، حيث قدر بحوالي **طفلين لكل امرأة** مقابل **0.2 طفل لكل امرأة** في **المناطق الحضرية**.

عموما نلاحظ إرتفاع خصوبة القاطنات بالأرياف مقارنة بخصوبة الحضريات حيث قدر الفرق بين المؤشرين بحوالي **2.4 طفل للمرأة** سنة **1986** لكنه تقلص إلى حوالي **0.75 طفل للمرأة** سنة **1992**[2].

ومن هنا يمكن القول أن **إرتفاع مستوى تعليم النساء ودخولهن ميدان العمل وتحسن الظروف الإقتصادية لأسرهن** كلها عوامل ساهمت في **خفض معدلات الخصوبة**، كما أن إختلاف مرافق الحياة والخصوصيات الثقافية لكل من الوسطين السكنيين جعل المناطق الريفية أكثر خصوبة في السابق، لكن تلك الإختلافات بدأت تزول تدريجيا بسبب توفير المزيد من الخدمات الإجتماعية والإقتصادية والصحية لكل الأفراد، وخاصة فيما يتعلق برعاية الأمومة والطفولة في المناطق الريفية مقارنة بما كانت عليه في السابق[3].

9/- الأمية:

تعد ظاهرة إنتشار الأمية بين أوساط الشباب وخاصة النساء من التحديات الكبرى التي تواجهها معظم الدول، لاسيما منها الدول النامية وفي مقدمتها الجزائر، حيث بعد الإستقلال أعلنت الحكومة الجزائرية عن رفع التحدي لمكافحة كل مظاهر الجهل والأمية، فعمدت إلى فرض إجبارية التعليم وفتح المدارس، وبناء الثانويات والجامعات، وإستطاعت بذلك أن تحقق ما تصبو إليه من خلال الإقبال الكبير للشعب الجزائري على تلك المؤسسات بدافع التعلم وإكتساب المعارف التي تفيده في تنظيم حياته

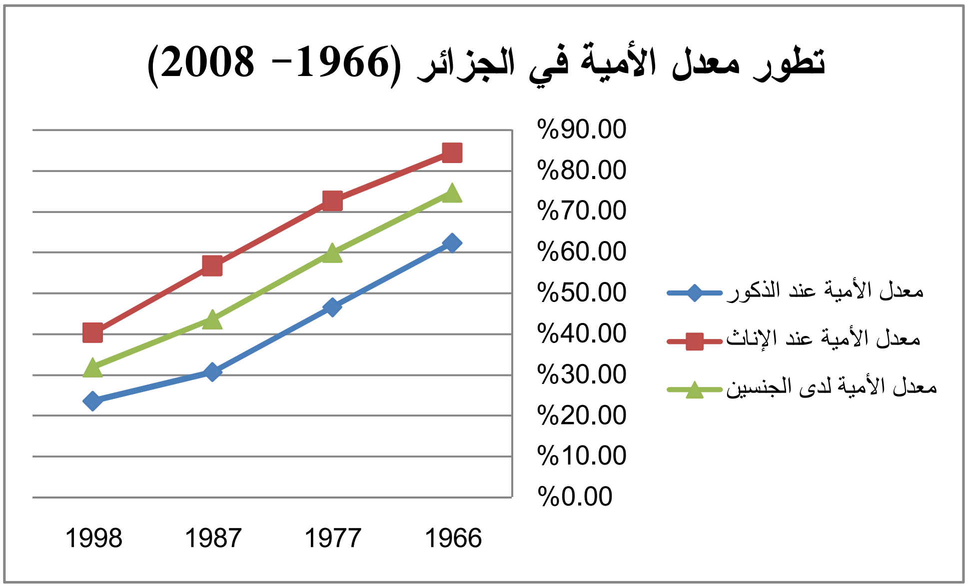
[1] - Kouaouci.A : **OpCite,** p. 55.
[2]- **Ibid:** p. 56.
[3]- **Ibid:** p. 56.

الخاصة والمساهمة في خدمة وتنمية وطنه العزيز[1]، وكان نتيجة لذلك أن تدنت معدلات الأمية خلال التعدادات المتتالية الأربعة.

الجدول رقم (36): تطور معدل الأمية في الجزائر (1966- 2008).

السنوات	معدل الأمية عند الذكور	معدل الأمية عند الإناث	معدل الأمية لدى الجنسين (ذ+إ)
1966	% 62.3	% 84.4	% 74.6
1977	% 46.6	% 72.6	% 59.9
1987	% 30.7	% 56.7	% 43.6
1998	% 23.6	% 40.3	% 31.9
2008	% 15.5	% 28.9	% 22.1

SOURCE: ONS : Donnee Statistiques, 1998, P 45.



الشكل رقم (09): تطور معدل الأمية في الجزائر (1966- 2008)

من خلال النسب المبينة في **الجدول رقم (27)** نجد أن نسبة الأمية - خلال أول تعداد سنة 1966- بلغت 74بالمائة (60.30% لدى الذكور و85.40% لدى الإناث)، لتنخفض- خلال التعداد الثاني سنة1977- إلى 61 بالمائة (48.20% لدى الذكور و74.30% لدى الإناث)، لتنخفض - خلال التعداد الثالث سنة 1987 - إلى 43.60 بالمائة (31.80% لدى الذكور و56.66% لدى الإناث)، لتنخفض - خلال التعداد الرابع سنة 1998- إلى 31.90 بالمائة (23.65% لدى الذكور و40.27% لدى الإناث)[2] لتصل سنة 2003 إلى 26.5 % وإنخفضت - خلال التعداد الأخير سنة 2008 - إلى حد **22.1 %**، وبصفة عامة نجد أن نسبة الأمية لدى الإناث أعلى منها عند الذكور.

وحسب إحصائيات من **شبكة الأنترنات** والتي توضح لنا الإنخفاض الملموس الذي شهده هذا المؤشر، أين سجل في سنة **1966** نسبة **60.30 % لدى الذكور و85.40% للإناث**، وذلك أن أكثر

[1]- تحليل شخصي للطالبة.

[2]- **ONS**: Donnee Statistiques, 1998, P. 45.

من 6 ذكور أميين من بين **10** وأزيد من **8 إناث** أميات من بين **10**، بينما بلغ هذا المعدل سنة **(2008)** بـــ **15.5%** لدى **الذكور** و **28.9%** لدى **الإناث** (لدى الشريحة العمرية 10 سنوات فأكثر) [1].

قد خصصت الجزائر **750مليون دولار** لتنفيذ خطة واسعة **لمحو الأمية في المدن والأرياف** مباشرة، وكشف **الطاهر بكوش** مدير **المركز الوطني لمحو الأمية** أن **عدد الأميين في الجزائر** حسب آخر إحصاء - سنة **2008**- قد بلغ **ستة ملايين و400 ألف شخص** وهو ما يعادل نحو **17بالمئة** من مجموع السكان البالغ **34 مليون نسمة**. وأكد أن **22 ولاية** من بين **48** لا تزال بها نسبة الأمية مرتفعة ولكنها صارت ضئيلة جدا في المدن ومتفشية في الريف خاصة بين النساء. ويتضمن البرنامج الذي أعدته الحكومة جملة من الفعاليات تمتد آثارها حتى العام **2015** وتشترك في تنفيذه المنظمات والجمعيات الإجتماعية والثقافية، كما تفتح المدارس في العطل لإعطاء الدروس المجانية في القراءة والكتابة، حيث كانت نسبة الأمية في الجزائر غداة الإستقلال بحدود **92 بالمائة**، وتقلصت النسبة تدريجيا بفعل سياسة التعليم الإجباري والمجاني لتسع سنوات على الأقل لكل الأطفال[2].

والهدف من هذه التظاهرة هو تقييم المجهودات الجبارة التي قامت بها الدولة والهيئات الناشطة في مجال التعليم البيداغوجي للكبار، إضافة إلى تفعيل الإستراتيجية الوطنية لمحو الأمية وتحسيس الكبار بضرورة الإلتحاق بمقاعد التعليم، خصوصا **النساء** اللاتي بلغت نسبة الأمية بين صفوفهن **35 بالمائة** مقابل **18 بالمائة** عند **الرجال**. وأشار **السيد بكوش** أن الأمية تدحرجت من **92 بالمائة** غداة الاستقلال إلى **21 بالمائة** سنة **2007**. كما أكد أن مراكز محو الأمية بالجزائر تعرف إستقطابا متزايدا ونوعية جيدة من حيث الأداء البيداغوجي وهي متمثلة في المدارس الإبتدائية، والمتوسطات والمراكز الثقافية والمساجد ومراكز تنشيط الشباب.

ما يمكن إستنتاجه من ذلك أن مسؤولية تثقيف المرأة وتشجيعها من أجل المشاركة الفعالة في خدمة وطنها ينصب أولا على صناع القرار ودعمهم لها، من خلال توعية الذكور بذلك، علما أن تثقيف المرأة وبناء شخصيتها مسؤولية الجميع، كما أن تفعيل دورها هو واجب على كل فرد في الوطن[3].

---

[1]- www.un.org/womenwatch/review/ALGERIA.arabic.pdf.

[2]- Ibid.

[3]- تحليل شخصي للطالبة.

10/- الفقر:

يعد الفقر من المشاكل الإجتماعية التي تمس شريحة كبيرة في المجتمع الجزائري، ويعتبر من أكثر العوائق التي تقف في وجه الشعب عامة والراغبين في الزواج خاصة، فقد حتمت ظروف الفقر تأخير سن الزواج و بالتالي تأخير تكوين أسرة، وأصبح الرجل يبحث عن المرأة العاملة حتى تساعده في مصاريف الأسرة[1].

فحسب تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية والبنك العالمي، صنفت الجزائر في خانة البلدان الفقيرة، وذلك إعتبارا على شواهد تشير إلى أنه بالرغم من تحسن الوضعية المالية في البلاد التي بلغ فيها إحتياطي الصرف **80.1 مليار دولار سنة 2006**، ويتوقع أن يتجاوز **105.7 مليار دولار** سنة **2007**، إلا أن الجزائر تواجه مشكلة التوزيع غير المتكافئ للدخل الوطني، أضف إلى ذلك تفشي بعض الظواهر الخطيرة كالبطالة، الأمية، تدني مستوى المعيشة، ضعف القدرة الشرائية، الحرمان في المناطق الريفية وضعف الخدمات الصحية. وصنف مؤشر التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة لسنة **2005** الجزائر في المركز **103** من بين **173 بلدا**[2].

وحسب نتائج دراسة أعدها المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالسكان والتنمية، حول أحوال معيشة السكان وقياس مستوى الفقر في الجزائر إلى تراجع نسبة الفقر إلى ***أقل من 6 بالمائة***، وأشارت إلى أن **الجزائر** مصنفة ضمن **البلدان الفقيرة** لكنها تسعى في الوقت الراهن إلى مستوى تنموي متوسط[3].

وأظهرت دراسة أخرى على عينة تتضمن **5080 أسرة جزائرية** موزعة على مستوى **43 ولاية** بالمناطق الجغرافية الأربع للوطن خلال الفترة الممتدة مابين **2004 – 2006** أن نسبة الفقر بلغت 5.7 **بالمائة** مقارنة مع النسبة المسجلة خلال العشر السنوات الماضية، التي بلغت ذروتها سنة **1995** بـــ **22 بالمائة** وإنخفضت إلى **11.1 بالمائة** سنة**2005**[4].

كما اعتمد هذا المركز عدة معايير لوصف ملامح الشريعة السكانية الفقيرة وهي :مكان الإقامة، الوضعية الزوجية، مسؤول الأسرة، المستوى التعليمي لرب الأسرة، الفئة المهنية الاجتماعية لرب الأسرة وأشار التقرير إلى أن الأسر الفقيرة في الجزائر تتميز بخصائص الريفية، وطغيان العنصر النسوي، والحالة الزوجية الصعبة، والسن المنخفض، وانعدام المستوى التعليمي، كما أنها تستعمل بقايا الحصاد كمصدر للتدفئة، بالإضافة إلى عدم امتلاك عداد كهربائي، والسكن في بيوت تقليدية واستخدام

[1]- تحليل شخصي للطالبة.

[2]- http :www.chihab.net /modules .php ?name=news files= article sid=1570
[3]- Ibid.
[4]- Ibid.

الغاز أو الشمع من أجل الإنارة وعدم التوفر على شبكات التطهير وصرف القمامات، كما كشف التقرير عن تفشي الأمراض المزمنة وسط الأسر الفقيرة وضعف الخدمات الصحية[1].

وأرجعت الدراسة **انخفاض نسبة الفقر في الجزائر** إلى عدة أسباب من بينها **تنوع النشاطات والمشاريع الإقتصادية** التي فتحت **آفاقا كبيرة للتشغيل وانخفاض نسبة الخصوبة**، مشيرا إلى أن الدراسة أثبتت ان **متوسط حجم الأسرة الجزائرية** يتراوح بين **6,5 إلى 7 أشخاص**، ومن المؤكد أنها تصبح **أسر نووية** وهذا له تأثير كبير على **تراجع نسب الفقر** على المدى الطويل.

إضافة إلى دراسة قامت بها مؤسسة التخطيط العربي الموجودة بالكويت سنة **2001**، والتي تعقبت مستويات الفقر في الجزائر منذ **1966**، وأخذت في الاعتبار التوجهات على المدى البعيد والتراجع الكبير في نسب الفقر في الجزائر إلى إرتفاع أسعار النفط التي سمحت للحكومة بإنجاز العديد من المشاريع الكبرى في مجال الخدمات والفلاحة، بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التعليم العالي وانخفاض معدلات الخصوبة، واستفادت بشكل أكبر من المياه النقية والصرف الصحي وإنتقال السكان من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية[2].

وحسب **الديوان الوطني للإحصاء** أن **1/3** العائلات الجزائرية **فقيرة، و45 بالمائة** من الأجراء يعيشون تحت الحد الأدنى للفقر **و50 بالمائة** من الفلاحين أرباب أسر فقيرة، و**60 بالمائة** من أرباب العائلات أميون، و10 بالمائة منهم عاطلون عن العمل، **و30 بالمائة** منهم يقل دخلهم الشهري عن ستة آلاف دينار جزائري أي ما يعادل **80 دولارا**، هذا إلى جانب **نزوح 1,6 مليون** مواطن من **الأرياف إلى المدن** بسبب **الأزمة الاقتصادية وتردي الأوضاع الأمنية**، فيما كان تقرير للبنك العالمي صدر في شهر أفريل **2006** قد أشار إلى أن **نسبة الفقر في الجزائر** ما تزال **مرتفعة** بالنظر إلى الإمكانات الاقتصادية للبلاد[3].

11/- تدهور قطاع السكن و بروز الأزمة الخانقة:

لقد برمج في المرحلة الأولى من التخطيط حوالي **20545 مسكنا** خلال الفترة الممتدة بين **1967-1969** و **41115 مسكنا** ما بين **19701973 و 156681 مسكنا** بين **1974-1977** [4]. إلا أن ذلك لم يتحقق بنسبة ضئيلة جدا مقارنة بالنمو الديمغرافي الذي كان آنذاك، حيث انجز حوالي 45201 مسكنا فقط ومنه سنة 1979 تفاقمت أزمة السكن وزادت تعقيدا اكثر فأكثر خاصة مع النقص الذي شهده قطاع البناء. خلال **المخطط الخماسي الاول** (1980-1984) تم التصريح بإنشاء **450 ألف سكن** منها **300 ألف** مسكن حضري و**132400** مسكن ريفي[5] ولكن نفس الشيء لم يتحقق الهدف رغم

---

[1]- http :www.chihab.net/ **OpCite**.

[2]- **Ibid**.

[3]- http://www.dz.undp.org/**OpCite**.

[4]- Nadir Abdellah BenMATTI: **l'habitat du tiers monde cas l'algerie**, SNED, ALGER, 1982, p 178.

[5]- **Ibid**: p 180.

الأموال الباهضة التي خصصت للبناء ومساحاته، حيث لم يتم إنجاز سوى **135 ألف مسكن فقط**، وخلال **المخطط الخماسي الثاني** (1985– 1989) لم يتحقق سوى **64.70%** مما برمج ليتم تسليم **350700 مسكن** فقط منها **204700 مسكن حضري و146000 مسكن ريفي**[1]. ورغم ارتفاع عدد المساكن تبقى دائما **غير كافية** ولا تلبي حاجيات المواطنين، ولقد إكتسى هذا القطاع في السنوات الأخيرة صفة الصعوبة إن لم نقل الاستحالة، والسبب في ذلك يرجع إلى نقص الاموال وعدم إنجاز المشاريع في آجالها المحددة، كل هذا جعل **قطاع السكن** يعرف **أزمة حادة.**

إن حظيرة السكن ارتفعت إلى **380700 مسكن** أي ما يعادل احتلال السكن بـــ **7.56 شخص** في المسكن الواحد سنة 1995، رغم مساهمة الدولة في الاستثمارات الكبيرة في مجال الترقية والتسيير العقاري، إن ذلك مطروحا على الساحة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وهذا طبعا نتيجة الاختلال بين عدد السكان ونموهم وعدد المساكن وتطور إنجازها.

حسب **تعداد 1966** بلغ عدد السكان حوالي **11908000 ساكن** وكان عدد المساكن يقرب من **1908000 مسكن** أي ما يعادل **6.77 شخص** في المسكن الواحد بينما في **التعداد الثاني 1977** بلغ هذا المعدل **7.7 شخص** في المسكن الواحد[2]، وكان مرد هذا الارتفاع عدم التوازن بين التطور الذي عرفه عدد السكان أمام عدد المساكن، كما أن هناك أوضاع خاصة لبعض العائلات حيث يمكن أن تصل إلى **9–11 شخص** في المسكن الواحد خاصة في الجزائر العاصمة[3]، وفي **تعداد 1987** وصل عدد السكان إلى **23389420 نسمة** وارتفع عدد المساكن إلى **3050812 مسكن** أي بمعدل شغل المسكن **7.55 شخص**، إلا أنه انخفض بنقطة واحدة في **التعداد الأخير** حيث وصل إلى **6.54 شخص** لكل مسكن مع ذلك يبقى دائما مرتفعا.

إن هذا المعدل لا يعكس الفوارق البارزة وعليه فإن المعدل يفوق **10** بالنسبة **لـــ20 مليون نسمة** ويصل إلى **3.9** بالنسبة لـــ **7ملايين شخص** هذا يدل على التدهورالتام لقطاع السكن في الجزائر.

وما يمكن قوله عن تأثير **الانفجار الديمغرافي** الذي عرفته الجزائر في سنوات **الستينات والسبعينات** كان تأثيره وخيما على **أزمة السكن** حيث أن عدد السكان تضاعف بثلاث مرات ما بين التعداد الأول والأخير **1966–1997** أي من **12 مليون** إلى **30 مليون**، بينما حظيرة السكن **تضاعفت مرتين** فقط في نفس الفترة أي من **1908000 مسكن** إلى **4053493 مسكنا** وبهذا بقيت كثافة المسكن مرتفعة **6.77** شخص و**7.55** في تعداد **1998**، ورغم إنجاز حوالي **768000 مسكن** بين **1998–2003** وانخفاض معدل شغل المسكن الواحد من **5.79 شخص** في **1998** إلى **5.54 شخص** سنة

---

[1]– وزارة السكن: وثيقة تبين **تطور مؤشرات السكن** طلب/ تسلم/ آفاق 1996. الجزائر د.س– د.ص.

[2]- Boubekeur. S : **l'habitat en Algerie**, Presses universitire, Lyon, France, 1986, p. 39.

[3]- **Ibid**: p. 39.

2003، إلا أن عدد السكنات لازالت تعرف عجزا مقارنة مع النمو السكاني حيث بلغ عدد السكنات سنة **2003** حوالي **5793300 شقة** لعدد سكان مقدر **32000.000 نسمة**[1].

إن بروز **أزمة السكن وعلاقتها بخصوبة الزوجين وخاصة الزوجة**، هي نتيجة **لتفاقم ظاهرتي النزوح الريفي "من الريف إلى المدن" والاكتظاظ داخل المدينة**، حيث عرفت الجزائر بعد الاستقلال **اكتظاظا في المدن** بسبب **انتقال الافراد إليها بحثا عن الأمن والعمل في ميدان الصناعة** بدلا من **الزراعة**، ولم تعد تلك المساكن كافية لاستيعاب كل أفراد الاسرة، وخاصة أن طموح الشباب الذي يصل إلى سن الزواج هي استقلاليته في المسكن مع أسرته الجديدة، حيث أثبتت الإحصائيات الوطنية إلى أن حجم متوسط للأسرة عرف ارتفاعا بين سنتي **1977 و1987** وذلك من **6.6 إلى 7.1 فرد** في **الأسرة**، وتراجع إلى **6.58 فرد** في **الأسرة** سنة **1998** ووصل إلى **6.3 فرد** في الأسرة سنة **2000**[2].

بينما تزايد **حجم الأفراد** في **المسكن الواحد** بين **1966 و1998** من **6.1 فرد** لكل **مسكن** إلى **7.17 فرد لكل مسكن**[3] وهو ما يبينه **الجدول رقم** (37).

الجدول رقم(37): تطور عدد الأفراد في المسكن والغرفة الواحدة ومتوسط حجم الأسرة.

السنوات	1966	1977	1987	1998
فرد/المسكن	6.1	7.4	7.7	7.17
فرد/الغرفة	2.01	2.6	2.65	2.53
متوسط حجم الأسرة	5.91	6.6	7.1	6.58

Source: EASF, 2004, P 21.

من خلال الجدول نلاحظ أن معدل شغل الأفراد للمساكن والغرف يتزايد من تعداد لأخر، ويمكن القول بأن السبب لا يرجع إلى كثرة المواليد فحسب، وإنما يرجع إلى وجود أكثر من عائلة داخل المسكن الواحد وذلك بمعدل **2.1 فرد** في الغرفة سنة **2002**[4] إلى **2.5 فرد** في **الغرفة الواحدة** في سنة **1998** بعد أن كان **2.6 و 2.7 فرد** في **الغرفة** سنة **1977-1987** على التوالي، وهذا بإطالة عمر العزوبة والبحث عن حلول مؤقتة "**كالإيجار**" مثلا وخاصة إذا كان مسكن الأهل لا يسمح بإضافة أسرة جديدة إليه.

فيما يخص **تأثير أزمة السكن على معدلات الخصوبة** فتتجسد من خلال أن الأسر الجزائرية التي تقطن بالعمارات نوع **F3, F2** تلجأ إلى **تخفيض معدلات الخصوبة** (معدل الإنجاب) بسبب ضيق المسكن وأحيانا قسوة ظروف المعيشة بسبب دفع أقساط الإيجار في حالة عدم الملكية وغلاء المعيشة، وأيضا عدم توفر دخل إضافي للأسرة لحل المشكلة وهذا أسباب كافية لتخفيض عدد الولادات مستقبلا.

[1]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: **التقرير الوطني حول التنمية البشرية 1998**، الدورة 13 الجزتئر ماي 1999، ص 91.

[2]- **EASF** : 2004, P. 21.

[3]- **شهرزاد طويل: المميزات السوسيوديمغرافية للزواج في بلدية عين الترك، رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2005، ص 59.**

[4]- **EASF**: 2004, p. 21.

12/- السياسة السكانية:

إن مصطلح السياسة السكانية يقترن كثيرا ببرامج تنظيم الأسرة وتحديد معدلات النمو السكاني، فليس ما يمنع من وجود سياسة سكانية تهدف إلى زيادة نمو السكان سواء عن طريق الزيادة الطبيعية أو الهجرة مثلا: **الو.م.أ، أستراليا، كندا.** ويمكن أن تعرف السياسة السكانية على أنها مجموع السياسات والبرامج والإجراءات التي تهدف للتأثير على حركة المتغيرات السكانية بصورة تؤدي إلى تطورها لصالح المجتمع أو وفقا لما يراه لصالحه العام من حيث تحسن مستواه المعيشي وتلبية احتياجاته المتنوعة بما في ذلك الحفاظ على البيئة وسلامتها. وقد جرت العادة في كثير من الأحيان أن هدف السياسة السكانية يتمحور حول ضبط معدلات النمو السكاني وتقليص معدلات الولادات ومستويات الخصوبة، في حين نجدها تقوم على التحكم قدر الإمكان في حركة واتجاهات نمو المتغيرات السكانية وفق مصالح المجتمع وعليه فإن **السياسة السكانية** لا تركز فقط على **الحد من النمو السكاني** ولكنها قد **تتناول برامج تنشيط الزيادة السكانية في بعض الحالات وتنظيم الهجرة الداخلية وتنظيم تدفق القوى العاملة بما يتفق وتطور الهيكل الاقتصادي والاجتماعي للبلاد، والعمل على زيادة مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي**، وغير ذلك من الأمور التي تعمل على تحقيق **التوازن داخل الأسرة والمجتمع في البلاد العربية.**

ويمكن تصنيف السياسة السكانية لهذه البلدان إلى أربعة مجموعات:

* **المجموعة الأولى:** تمثلها بلدان عربية ذات سياسة معلنة لتخفيض الخصوبة والنمو السكاني منها: **مصر وتونس.**

* **المجموعة الثانية:** تضمن بلدان دون سياسة معلنة ولكنها تقدم تنظيم الأسرة من خلال توفير الخدمات الصحية منها: **الجزائر، المغرب، لبنان، سوريا، الأردن.**

* **المجموعة الثالثة:** تضم بلدان غنية تشجع على زيادة السكان بكل الوسائل الممكنة منها: **الكويت، البحرين، قطر، والمملكة العربية السعودية.**

* **المجموعة الرابعة:** تضم بلدان فقيرة تعطي الأولوية في برامجها للمسائل الاقتصادية منها: **موريتانيا، اليمن،الصومال والسودان**[1].

والسياسة السكانية هو مفهوم شامل لجوانب عدة يتم تحديدها على المستوى الرسميين، والتي تتضمن مجموعة من الإجراءات والبرامج والهدف العام لها هو تحقيق رفاهية السكان في المجتمع[2]، حيث تعتبر نظرة واسعة للسياسة السكانية، وقد تضيق هذه النظرة لتقتصر في مجتمع ما على حجم

---

[1]- دبلة عبد العالي: **محاضرة في مقياس سياسات سكانية**، سنة أولى ماجستير، ديمغرافيا حضرية، كلية العلوم الاجتماعية،جامعة سطيف، 2008، على الساعة 11:00.

[2]- وليد ف. الله بركات: **أبعاد المشكلة السكانية في مصر**، العدد 58، الهيئة العامة للاستعلامات، 1994، القاهرة ، ص 07.

السكان ومعدلات المواليد أو الوفيات والعمل على الحد من الزيادة السكانية أو نقصها. ومن هنا اتفق الدارسون على أن السياسة السكانية تهتم أساسا بالتغير الكمي والكيفي للسكان، ويتضمن ذلك حجم السكان، خصائصهم، توزيعهم، حيث يشمل حجم السكان مجموع السكان في مجتمع ما والذي يعود في جانب منه لمعدلات الخصوبة، كما تشمل خصائص السكان المتغيرات التالية: **العمر، المستوى التعليمي، النشاط المهني، الحالة الزواجية، المواليد، الوفيات، الهجرة، الطلاق، البطالة، الملكية،** وأيضا **نمط توزيع السكان بين المناطق الجغرافية المختلفة من حضر وريف وصحراء.** ومن المؤكد أن هذه **الجوانب** تنعكس على **رفاهية السكان ووضعهم الاقتصادي**[1].

وتعرف اللجنة الاستشارية للخبراء التابعة للأمم المتحدة السياسة السكانية تعريفا أكثر شمولية على اعتبارها مجموعة الإجراءات والبرامج التي تساغ للمساهمة في انجاز أهداف اقتصادية واجتماعية أو ديمغرافية أوسياسية عن طريق التأثير في التغيرات الديمغرافية أي حجم السكان ونموهم، توزيعهم الجغرافي **(قوميا ودوليا)** وخصائصهم الديمغرافية كالتوزيع النوعي والعمري[2].

والأمر لا يتوقف على الخطط والبرامج التي تنفذها الدولة في أي مجال من مجالات السكان، ولكن هناك في الطرف المقابل الأفراد الذين لهم متطلبات واحتياجات وتحكمهم قيم واتجاهات ومشاعر. وهكذا قد يقع **التناقض** بين **الدولة وسياستها السكانية** وبين السكان أنفسهم بحيث تعجز الدولة عن توفير متطلبات الحياة للسكان من غذاء ومأوى وتعليم وعمل ودخل وصحة... إلخ.

كما تسعى **السياسة السكانية** لتحقيق **النمو الاقتصادي والتقدم الاجتماعي** كما تعنى **بتحسين الصحة وتأمين رفاهية السكانية** وذلك **للأجيال الحاضرة والقادمة**، كما يهمها **حماية البيئة وتحسين نوعها.** ويمكن تلخيص هذا القول كله في **عنصرين أساسيين:**

- إن مفهوم السياسة السكانية ليس مجرد تنظيم الأسرة أو حجم السكان.
- أن السياسة السكانية ليست وحدة منفصلة عن خطط التنمية[3].

إن السياسة السكانية تعني الإجراءات الظاهرة أو الضمنية، التي تتخذها الحكومات للتأثير على حجم السكان أو نموهم، أو توزيعهم أو تكوينهم.

- **التنظيم العائلي في الجزائر:**

بعد الاستقلال تأكدت الزيادة السكانية في الجزائر وذلك ما أكدته نتائج **إحصاء 1966**، حيث بلغت نسبة النمو الطبيعي **3.39%** هي أعلى نسبة في العالم. حيث أن هذه الوضعية شدت اهتمام

---

[1]- National Academy of science: **Rapid population growth consequences policy implication the Hopkins press**/ 1977, p 70.

[2]- Bernard Berlson: **Population Policy personnel notes in population studies** volume 25 N° 2, 1977, p 224.

[3]- عبد الباسط عبد العاطي: **السكان والمجتمع**، الكتاب الثاني، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1987، ص 22.

المسؤولين حول مسألة السكان، وهذا الاهتمام تبعه العديد من الأعمال كنشر المقالات في الصحف الوطنية، وطرح فكرة التنظيم العائلي في اللقاءات العديدة منها:

في سنة **1966** أقيم **مؤتمر الإتحاد الوطني للنساء الجزائريات** من بين **اقتراحاته** حول التنظيم العائلي هو **ضرورة تسهيل استعمال وسائل منع الحمل من أجل حماية الأم والطفل معا**، حينها ألقى الرئيس الراحل "**هواري بومدين**" في **مؤتمر الإتحاد النسائي** في نفس السنة كلمته حول ذلك محددا **أهم الأهداف** التي ينبغي تحقيقها وهي كالآتي:

– إبطال تعدد الزوجات – المهر في إطار نطاق الأسرة.

– ضرورة تطبيق التخطيط العائلي من أجل تحرير المرأة ووقاية صحتها وصحة أطفالها وذلك من خلال قوله: "**نحن ندعو المرأة أن تتقدم الانتخابات في البلديات، لتتكفل بمشاكل الزواج، الطلاق، تعدد الزوجات، والتخطيط العائلي**"[1]. ومع اهتمام السلطات الحكومية والجمعية الجزائرية للبحوث الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية **(A.A.R.D.E.S)** سنة **1966** بدراسة **اتجاهات الأزواج فيما يخص التنظيم العائلي وأهم النتائج** المتوصل إليها ما يلي:

أن **44.5%** من **النساء** و**65%** من **الرجال** في **المدينة** يعرفن على الأقل **وسيلة واحدة** من وسائل منع الحمل، أما في **الريف** تنخفض النسبة إلى **15%** عند **النساء** و**30%** عند **الرجال**. ولوحظ أن **الرغبة** في **التخطيط العائلي** تظهر عند **تحسن مستوى المعيشة وارتفاع المستوى التعليمي خاصة عند المرأة**[2].

في سنة 1967: ظهرت **فكرة إنشاء أول مركز للتخطيط العائلي** بمستشفى **مصطفى باشا بالجزائر العاصمة**، ويتبع بعدها إنشاء **مركزين آخرين** في كل من **قسنطينة ووهران**[3]، وأن هذه المراكز عرفت انتشارا واسعا تحت **وصاية الأمم المتحدة للصحة**[4].

في سنة 1968: صدرت **أول فتوى** للتنظيم العائلي الأولى في **1968/04/23** ونشرت في جريدة الشعب أهم محاورها:

– جواز الامتناع عن النسل بصفة فردية وجماعية.

– أن تتدخل الحكومة بالقيام بحملات توعية دون الإكراه بالقول أو الفعل على الأفراد.

– توعية الأفراد بنوعية الوسائل الواجب اتخاذها وتجنب التي تسبب الأضرار في المستقبل. أما **الفتوى الثانية** كانت في **ديسمبر 1982** و**محورها الرئيسي** هو تقييد التنظيم العائلي بالاختيار الفردي

---

[1]- **Premier Congrès de l'union nationale des femmes Algériennes**, Bulkitin intérieur 19-23 nov, Alger 1966. P.3.
[2]- Abdelkader Hammouch et Abderahman Hamoudi: **L'accouchement Aujourd'hui**, **comprendre votre enfants avant et après la naissance**, édition IMP modern, Alger, 1984, 78.
[3]- Mostapha khiati : **Démographie et population**, OPU, Alger, 1996, p. 63.
[4]- L'haoucine Aouragh:**OpCite**, p. 51.

لاستعماله أو عدم استعماله حسب **الظروف والمبررات** وعدم اللجوء إلى **التقنين الشامل** الذي يدفع **بالناس إلى تحديد النسل أو تنظيمه أو إجبارهم عليه أو استعمال وسائل حديثة بدلا عنه.**

إن مسألة **المدة الفاصلة بين الولادات** تكون حسب **اتفاق الزوجين وتراضيهما**، وحكمهما يخضع **لظروفهما المادية والاجتماعية والنفسية**[1].

في سنة 1969: تم فتح مركزان بقسنطينة ووهران، والانتشار السريع الذي عرفته تلك المراكز تحت عنوان **الاهتمام بصحة العائلة بدءا بالأم** (قبل وبدء الوضع)، **رعاية الرضيع وتتبع مراحل نموه، تقديم إرشادات للزوجين** حول **المدة الزمنية للتباعد بين الولادات** من أجل المحافظة **على صحة الأم والطفل وتحقيق الانسجام العائلي.**

وفي نفس السنة صرح الرئيس "**هواري بومدين**" بعد تدشينه للمركب الصناعي بالحجار في عنابة سنة **1969** بقوله: "**إننا نهدف لتمكين جماهيرنا من التمتع بمستوى معيشي يشبه مستوى الدول المتقدمة...إننا لا نقبل الحلول المغلوطة مثل التحكم في الولادات الذي يعني القضاء على الصعوبات عوض إيجاد حلول مناسبة، إننا نفضل حلول إيجابية وناجعة أي إيجاد مواطن شغل للراشدين، وبناء مدارس للأطفال، وتوفير مرافق اجتماعية أفضل للجميع**"[2] وهنا يؤكد **موقفه** من المسألة السكانية حيث تجسدت عمليا من خلال **المخططات التنموية**، ولم تبقى في حدود **السياسة الداخلية للبلاد** بل تجاوزتها إلى **المستوى الدولي.**

في سنة 1974: انعقد **المؤتمر الدولي للسكان** في مدينة **بوخاريست**، أين وضعت الجزائر ضمن وفود العالم الثالث، ونددت بالسياسة السكانية على لسان ممثلها بحري: "**بأن أحسن وسائل منع الحمل هي التنمية**"[3] **“La meilleure pillule c’est le développement”**

وفي نفس السنة ظهر برنامج يحتوي على **ستة مراكز** ثم **إحدى عشر مركزا** وذلك بمساعدة **المنظمة العالمية للصحة.**

أما في سنة 1978: طرح موضوع السياسة السكانية بشكل جدي بعد أن لفت **إحصاء 1966** إلى أهم الاحتياجات الواجب توفرها للمواطن الجزائري **كالتعليم والسكن والصحة** وغيرها. ففي **ميدان التعليم** شكلت **الزيادة السريعة للسكان عقبة** أمام **استقبال التلاميذ** مما زاد في مشكل **الكمية** على حساب **الجودة والنوعية**. أما في **ميدان الصحة** فنتيجة **لنقص الهياكل الصحية وندرة وجود الأطباء والأخصائيين والمختصين في حماية الأمومة والطفولة** بشكل كبير، إضافة إلى القيام **بالتخطيط العائلي**

---

[1]– وزارة الشؤون الدينية: **تنظيم الأسرة في الإسلام**، مجموع فتاوى لبعض علماء الإسلام، نشر وزارة العمل والشؤون الاجتماعية 1989، ص ص، 12– 13.

[2]– علي كواوسي: **السياسة السكانية في الجزائر نشأتها وتطورها (1962– 1994)** الاتحاد الوطني لتنظيم الأسرة (العالم العربي)، لندن، 1994، ص 12.

[3]- Alfred Sauvy: **L’Europe Submergée (Sud. Nord Dans 30 ans)** Dunod, Paris 1987, P. 210.

ومكافحة الوفيات لدى الأطفال. أما في **مجال السكن** فقد ظلت الهياكل المكلفة **بتوزيع السكنات** تشكو من **التزايد السريع للسكان** والذي أثر على **السكن وشكله** حيث أصبح **السكن الواحد** يضم **أكثر من أسرة** وهذا بدوره يشكل **خطر على صحة الأفراد داخل ذلك المسكن**.

وسيظل **المشكل السكاني** يقف **عقبة** أمام **تطور المجالات الأخرى**، لاسيما أنها تعتبر **العناصر الضرورية والأساسية لتقدم وتطور المجتمعات ككل**.

وحسب ما ورد في **اللائحة الاقتصادية والاجتماعية** الصادرة عن **المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني** ما يلي: "**أنه لمن الضروري وفي إطار سياسة صحية شاملة السهر بصفة خاصة على حماية المرأة والطفولة بهدف التوصل إلى توازن عائلي يتماشى والنمو الديمغرافي ويكون منسجما مع وتيرة نمو اقتصادنا**"[1].

وفي سنة 1980: تم تطبيق البرنامج وأنشئ خلال ذلك **260 مركزا** يهتم **بحماية الأمومة وتطبيق التنظيم العائلي**، موزعة على كامل التراب الوطني[2].

أما في سنة 1981: أكد القرار الصادر عن حزب جبهة تحرير الوطني أن النمو الديمغرافي يصل في بلادنا لنسبة سنوية قدرها **3.2%** وعلى هذا سوف **يتضاعف** سكان الجزائر **مستقبلا** وهنا تبدت الحاجة إلى ضرورة توفير **الوسائل البشرية والمادية** من أجل **إنشاء برنامج لتنظيم الولادات**، لأن **التنظيم العائلي** يكون **أقل خوفا** من **التحديد**[3].

أما المخطط الخماسي الأول **(1980– 1984)** والذي يؤكد ضرورة **التحكم في النمو الديمغرافي** من أجل بناء اقتصاد للبلاد واهتمام بالحاجيات الأساسية للسكان، **وأهم محاوره** هي **الموافقة الفردية والجماعية مع احترام القيم والاحتيار الحر للأزواج**.

وفي هذه الفترة بالذات تجسدت **فكرة التنظيم العائلي** ابتداءا من **1983** أين اهتمت الهياكل المعنية بالإعلام والتربية والتوعية، وتوفير الخدمات الطبية والاجتماعية. كما طرح هذا **المشكل** على **المستوى السياسي** بهدف **خلق التكافؤ** بين **النمو الديمغرافي والنمو الاقتصادي**[4].

أما المخطط الخماسي الثاني **(1985– 1989)** والذي يؤكد على **السياسة الديمغرافية** لما لها تأثير على **التنمية الاقتصادية والاجتماعية** للبلاد ويظهر ذلك من خلال **تراجع الدولة** في **تمويل المشاريع** التي تحقق **التنمية مستقبلا**، حيث أصبحت تعتمد على **توزيع أعباء التنمية بينها وبين الوكلاء الاقتصاديين** أي **المؤسسات والأسر**. إن هذه السياسة تمنح دائما أولوية ملحوظة بتكلفة الدولة

---

[1]– حزب جبهة التحرير الوطني: **التخطيط والتنمية: تقييم مخططات التنمية بالجزائر**: ج1، 19 ديسمبر 1983، ص 19.

[2]- Malika Laadjali: **l'espacement des naissance dans le tiers Monde (l'experience algerienne)** O.P.U. Alger 1985. p. 12.

[3]- Alfred Sauvy: **OpCite**: p. 210.

[4]– حزب جبهة التحرير الوطني: **مرجع سابق**: ص 19.

بالطلب الاجتماعي، وتظهر مقاييس لا تؤثر على البناء الأسري وقانون ودور المرأة وخاصة على خصوبتها. كما أن **التعليم المكثف والشغل والتكلفة الصحية للأمهات والأطفال**، إضافة إلى **الترقية السكنية** بنموذج "**hlm**" في كامل التراب الوطني، وخاصة **تأثير هذا النموذج** على **حجم الأسرة** وبهذا تحدث **تسوية اجتماعية** من خلال **تحرير الزوجين** من **فكرة الأسرة الممتدة**، وفرض **فضاء سكني غير قابل للتوسيع**. وأيضا **زيادة الشعور** بأهمية **التنظيم العائلي** وخاصة بعد فرض ذلك **النموذج من السكنات** من أجل تحقيق **الرقي الاجتماعي** والتطور من **المجتمع التقليدي** إلى **المجتمع العصري**[1].

أما في سنة 1990: نظم ملتقى تحت عنوان "**الملتقى العربي للتنظيم العائلي**" تحت رعاية **الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي** من **18 إلى 22 جانفي** في نفس العام تركزت **محاور هذا المتقى** حول **ثلاث نقاط رئيسية:**

1- الحق في التنظيم العائلي (أيضا ما يسمى بالحق في الإعلام، لأن الإعلام الصحيح في المجال الديني والقانوني والطبي هو الوسيلة الأنجع التي بواسطتها يمكن توعية المواطنين بفوائد التنظيم العائلي ومضاره).

2- المسؤولية في التنظيم العائلي (وذلك من خلال دمج عدة قطاعات معنية بالأمر مثل قطاع الصحة والشباب والتربية والتعليم إضافة إلى مسؤولية الزوجين وتكليفهما بتطبيق مسألة التنظيم العائلي في إطار عمل مشترك بينهما).

3- مزاولة التنظيم العائلي وذلك انطلاقا من تجارب وخبرات **جمعيات عربية شقيقة** على اعتبار أن هذه الجمعية أصغر جمعية في المنطقة حسب ما صرح به رئيسها الدكتور "**تجاني هدام**"، ومن **أهدافها:** وضع تقرير شامل لحركة التنظيم العائلي في الوطن العربي، وتبادل الخبرات الميدانية بين هذه البلدان من خلال جمعياتها العائلية وذلك بالاشتراك والتفاهم فيما بينها حول تحقيق أبعاد عمل يستفاد منها في الحاضر والمستقبل.

أما في سنة 1991: انعقد **مؤتمر بالجزائر** من **21- 23 ماي** تحت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية وبتنظيم من مديرية الوقاية تحت عنوان: "**الملتقى الوطني لتقييم برنامج التحكم في النمو الديمغرافي**" وأهم النتائج المستخلصة أنها كانت جد مشجعة وكان هناك تقدم ملموس حيث سجل انخفاض في النمو الديمغرافي في السنوات الأخيرة حيث انخفضت نسبة النمو إلى **2.47%** سنة **1989** بدلا من **3.18%** سنة **1983**[2].

---

[1]- Abdelghani Ghend: **Discours politique, Discours Religieux, Et Transition de la fécondité En Algérie**, Chaire Quételet, Sous la direction de Dominique tabutin et autres, Transition démographiques et sociétés, l'harmattan, Paris, 1992, PP. 523- 524.

[2]- **جريدة المساء:** العدد 1344: 20/19 جانفي 1990، ص 03.

أما في سنة 1994: ظهرت **وجهة جديدة للسياسة السكانية** حيث لم تتوقف عند **التنظيم العائلي** بل تعدت إلى مفهوم جديد هو **الصحة الإنجابية** والتي تعني **قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مأمونة ومرضية وقدرتهم على الإنجاب وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده** وهو **حق للرجل والمرأة معا في معرفة أساليب التنظيم العائلي المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما**[1].

أما في سنة 1995: بقي البرنامج يعمل في صورة الحث وليس الإجبار أو الإكراه، وإبراز أن الهدف الأساسي من ذلك هو خفض الخصوبة وذلك من خلال التقوية والاستعمال المكثف لموانع الحمل ومن المتوقع أن تصل نسبة الاستعمال للوسائل الحديثة إلى **60%** سنة **2000** مقارنة بـــ **1995** حيث كانت النسبة **49%** وأن تصل نسبة النمو الديمغرافي إلى **1.9%**، نسبة الخصوبة العامة **3.3 طفل للمرأة.** وكي يتحقق هذا الهدف لابد من **اشتراك وإدماج النساء** في **التخطيط العائلي** عن طريق التوعية والتحسيس فيما يخص **الصحة الإنجابية** ومحاولة التخلص من العراقيل الثقافية والاجتماعية التي تعرقل الانخراط في التخطيط العائلي.

أما في سنة 1996: بدأت تعمل بهذه الفكرة لجنة وطنية للسكان ثم تسند المهام إلى اللجان الولائية المختلفة.

وفي سنة 1997: انصب اهتمام قطاعات متعددة حول السياسة السكانية من بينها القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتي أكدت أنه لابد من أن توضع تلك السياسة الجديدة للسكان ضمن إستراتيجية التنمية الشاملة والمستدامة حيث أقيمت العديد من البحوث والدراسات في هذه الفترة والتي استخدمت نتائجها اعتبرت كمجالات لها أولوية للتوجه الجديد للسياسة السكانية في الجزائر.

أما في سنة 2001: تم مراجعة النتائج التي توصل إليها الجهاز التنظيمي لوزارة الصحة والسكان، وأنجز تقرير حول الاتجاهات الديمغرافية لآفاق **2010** وعرض على مجلس الوزراء انطلاقا من الإحصاء الذي تم سنة **1998.**

أما في سنة 2002: جاء في المرسوم التنفيذي لشهر أكتوبر **2002** خلق لجان للسكان في الولايات للتشاور مع ممثلين في الدولة ومن المجتمع المدني وذلك لدفع السياسة السكانية على مستوى الولاية واتساعها المتعدد القطاعات وذلك من أجل تحسين نوعية المعطيات وتفعيل أعمال الإعلام والتربية.

وأيضا في نفس السنة أجرى المسح الجزائري لصحة الأسرة "**EASF**" والذي قام به الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة بمشاركة من برنامج الخليج العربي بدعم من منظمة

---

[1]- Ministère de la santé : **Séminaire national d'évaluation du programme de maitrise de la croissance démographique**, Sid Fredj 21- 23 mai 1991, Alger, P. 15.

الأمم المتحدة الإنمائية وصندوق الأمم المتحدة للسكان "**FNUAP**" وصندوق الأمم المتحدة للطفولة "**UNICEF**" ومنظمة الصحة العالمية "**OMS**" والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وصندوق الأوبيك للتنمية، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا وقسم الإحصاء بالأمم المتحدة.

*** أثر السياسات السكانية وفعاليتها على مؤشر معدلات الخصوبة:**

يقاس معدل الخصوبة بعدد الولادات للمرأة الواحدة، **معدل الخصوبة العام** هو نسبة المواليد الأحياء في سنة معينة إلى عدد الإناث في سن الحمل من**15- 49 سنة ومعدل الخصوبة الكلي** هو متوسط عدد الولادات للمرأة الواحدة أثناء فترة الإنجاب، ويتم اعتماد هذا المعدل كمؤشر نظرا لسهولة حسابه ودقته.

حيث يلاحظ تراجع معدلات الخصوبة الكلية في معظم البلدان التي اتبعت سياسة سكانية محددة أم لم تتبع. وهذا يعني أن ثمة عوامل أخرى غير السياسات السكانية قد أثرت على معدلات الخصوبة وأدت إلى تراجعها، ومن هذه العوامل **زيادة الوعي في السلوك الإنجابي، زيادة تعلم المرأة، زيادة مساهمتها في النشاط الاقتصادي** وغير ذلك من العوامل. إذ لوحظ أن **الدول** التي اتبعت **سياسة سكانية** تعمل على **تشجيع زيادة معدلات المواليد** قد حققت **زيادة في معدلات الخصوبة** فيها **مثل:** السعودية وعمان. وهذا يعني **مدى كفاية السياسة السكانية وفعاليتها**. على العكس من ذلك نجد أن **الدول** التي اتبعت **سياسة سكانية** تعمل **على خفض الخصوبة** كمصر وتونس قد نجحت في تحقيق ذلك. وهذا يوضح لنا **مدى فعالية السياسة السكانية ونجاحهافي تلك الدول**. ولما كانت **المقارنة الدولية** تساعد في الحكم على سلامة ظاهرة معينة أو عدم سلامتها **كالسياسة السكانية وأثرها على الخصوبة**، فإننا نلاحظ **ارتفاع معدلات الخصوبة** في **الدول العربية** بالرغم من **تراجعها**، وهذا يؤشر إلى **انخفاض كفاية وفعالية السياسيات السكانية القائمة** والتي تهدف إلى **تخفيض معدلات الخصوبة**، وبهذا تتأكد **الحاجة إلى ضرورة اعتماد سياسات أكثر فعالية وتأثير**[1].

*** أثر السياسات السكانية وفعاليتها في معدلات المواليد:**

كما نعلم أن معدل المواليد هو نسبة المواليد الأحياء في السنة إلى عدد السكان في منتصف السنة، ويمكننا الاستناد إلى التغير في معدلات المواليد للحكم على مدى فعالية وأثر تلك السياسات المعتمدة حيث لوحظ تراجعا واضحا في معدلات المواليد في مختلف الدول المتشابهة أوالمتباينة في سياستها السكانية، الأمر الذي يدل أن هناك عوامل غير السياسة السكانية تؤثر على معدلات المواليد إلى جانب هذا العامل ورغم تشابه توجهات السياسة السكانية نلاحظ تباين النتائج في رفع أو خفض معدلات الولادات، وهذا يدل على عدم تأثير تلك السياسات وقوة تأثيرعوامل أخرى **كزيادة التعليم**،

---

[1]- www.ejtemay/**OpCite**.

زيادة مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي وتعليم الإناث. وإذا قارنا **معدلات المواليد** في **الوطن العربي** خلال الفترة ما بين **1980- 1995** بمثيلاتها العالمية نجد ارتفاعا واضحا في معدلات المواليد لصالح الدول العربية، حيث تصل هذه المعدلات فيها إلى **44‰** في حين لم تصل في آسيا إلى **27‰** وأمريكا اللاتينية إلى **32‰** وفي أوربا **14‰** وفي الو.م.أ إلى **16‰** وفي الدول النامية إجمالا إلى **31‰** وفي الدول المتقدمة **15‰** وفي العالم كله **32‰** وهذا يوضح لنا أن تأثير السياسات السكانية في معدلات المواليد ما يزال ضعيفا وغير كافي لإحداث خفض ضروري لمعدلات المواليد في الوطن العربي[1].

13/- الاستعمال المكثف لوسائل منع الحمل:

يعتبر استعمال وسائل منع الحمل أحد العوامل الأساسية التي تساعد على انخفاض الخصوبة حيث شهد هذا العامل تطورا ملحوظا ومحسوسا حيث انتقل **معدل استعمال وسائل منع الحمل** من قبل النساء المتزوجات في سن الإنجاب من **8%** حسب معطيات **مسح الخصوبة 1970** إلى **35.5%** حسب **المسح الوطني الخاص بالخصوبة** سنة **1986** ثم ارتفع هذا المعدل حسب **المسح الجزائري** حول **صحة الأم والطفل** سنة **1992** إلى **50.8%** ليرتفع بدوره إلى **56.9%** سنة **1995** [2]. ونلاحظ أن نسبة استعمال موانع الحمل ارتفعت بوتيرة سريعة وإذا أخذ سنة **1970** كسنة أساس يمكننا تحديد مقدار الارتفاع حسب سنوات **1986 -1990-1992 -1995** بالقيم التالية **(27.5، 32.8، 42.8، 48.9 بالمائة)** على الترتيب.

ونستنتج أن استعمال وسائل منع الحمل من طرف النساء الجزائريات عرف انتشارا واسعا عبر التراب الوطني فحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء سنة **1995** يقدر الفارق في استعمال تلك الوسائل بين **الريف والحضر** بـــ **1%** ويعتبر هذا تطورا مهما إذا ما قارناه بنسبة **1970** التي قدر **معدل استعمال وسائل منع الحمل** عند **النساء الريفيات بأربع مرات** أقل من نظيره عند النساء **الحضريات**[3]. كما تعتبر نسبة استعمال وسائل منع الحمل أكثر انتشارا في الشمال مقارنة بالجنوب حيث تقدر بـــ **63%** في **الغرب و 56.2%** في **الشرق** و**56.1%** في **الوسط** مقابل **48.2%** في **الجنوب**، تملك الوسائل الحديثة في استعمال موانع الحمل **الحصة الأكبر** من الإجمالي إذ يقدر بـــ **86.8%** وتجدر الإشارة أنه مهما كانت منطقة الإقامة فإن الوسائل الحديثة هي الأكثر استعمالا **88.5%** في **الريف** مقابل **85.2%** في **الحضر**[4].

---

[1]- www.ejtemay/**OpCite.**

[2]- **وزارة الصحة والسكان**: 1998، ص 329.

[3]- Kouaouc.A: **Famille, Femmes et Contraception**, **OpCite**, p 66.

[4]- **التقرير الوطني للسكان والتنمية في الجزائر**: 1998، ص 30.

والجدول رقم (38): يعكس تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب النوع جليا وبهذا يمكن القول ان الاستعمال المكثف لتلك الوسائل خاصة منها الحديثة تعتبر من **أهم العوامل المؤثرة** على **معدلات الخصوبة**[1].

الجدول رقم (38): تطور نسبة وسائل منع الحمل حسب النوع من (1986- 1995)

أنواع وسائل منع الحمل	1986	1992	1995
الحبوب	74.4	76.2	77.7
اللولب	5.9	4.7	7.1
الواقي	1.5	0.9	1.4
الحقن	-	0.3	0.1
الطرق الحديثة	87.5	84.6	86.8
الرضاعة	-	8	7.8
الرزمنة	3.8	3.4	4.3
العزل	8.7	4.0	1.1
الطرق التقليدية	12.5	15.4	13.2
المجموع	100	100	100

14/- الرضاعة الطبيعية:

تعتبر الرضاعة من بين المحددات للخصوبة إذ تؤخر من عملية التبويض فهي إذا وسيلة من وسائل منع الحمل وكذا التباعد بين الولادات، حيث تشير بيانات المسح **الوطني لحماية الأم والطفل سنة 1992** أن حوالي **60%** من الأطفال بدأوا الرضاعة الطبيعية خلال **الساعات الأولى من الولادة** و**36%** اللواتي لم ترضعن من الثدي تعود إلى **عدم كفاية اللبن**[2].

ومن المؤشرات الهامة لقياس الرضاعة الطبيعية نجد متوسط طول فترة الرضاعة الذي بلغ **12.3 شهرا** منها **10.8 أشهر** في **الوسط الحضري** و**14 شهرا** في **الوسط الريفي** ليصل إلى **78 شهر** سنة **1995** بمقارنة **نتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل** والمسوحات السابقة تبين أن **متوسط طول فترة الرضاعة** تتجه نحو **الانخفاض** إذ بلغ سنة **1970** حوالي **14.3 شهرا** منها **12.6 شهرا** في **الحضر** و**15.7** في **الريف** بفارق **7.8 أشهر** والجدول رقم (39) يوضح ذلك.

الجدول رقم (39): متوسط طول فترة الرضاعة خلال التحقيقات 1970، 1992، 1998.

الوسط	تحقيق 1970	تحقيق 1992	الفارق	تحقيق 1998	الفارق
حضري	12.6	10.6	2	9.7	0.9
ريفي	15.7	14	1.7	13.2	0.8
المجموع	14.3	12.3	1.8	-	1.7

وزارة الصحة والسكان 1999 رقم 118.

[1]- Vallin Jacques et Heses locoh: **population et developpement en tunisie** (La Metamorphose) ed GERES, Tunis, Avril 2001, P 221.

[2]- وزارة الصحة والسكان: 1994، ص 414.

يفسر **التراجع المستمر** في ممارسة **الرضاعة الطبيعية** في **الوسط الحضري** إلى **الانتشار المكثف لوسائل منع الحمل الحديثة وانخفاض متوسط طول فترة الرضاعة** بمقدار أثره على فترة انقطاع الطمث بعد الولادة، مما يؤدي إلى تقارب الولادات خاصة مع غياب وسائل منع الحمل ويتضح من خلال الجدول الآتي أن متوسط فترة انقطاع الطمث بعد الولادة بلغ **5.4 شهرا** منها **5.06 شهر** في الوسط الحضري و**5.61 شهر** الأقل من **20 سنة** وترتفع إلى **8.56** شهر عند النساء ما بين 45-**49 سنة**.

الجدول رقم(40): فترة انقطاع الطمث بعد الولادة

فئة الأعمار	أقل من 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 49
متوسط فترة انقطاع الطمث	4.11	4.23	4.13	5.89	6.31	8.56

إن الجزائر حققت تراجعا في انخفاض وفيات الرضع والأمهات ومن ثمة انخفاض في معدلات الخصوبة بسبب انتهاج سياسة سكانية محكمة، اضافة إلى التطور في المجالات الصحية والاقتصادية والاجتماعية وكذا مدى الوعي لدى الأزواج تجاه ظاهرتي الخصوبة والوفاة كما تتأثر ظاهرة الوفيات بالخصوبة، حيث نجد الأسرة التي لها وفيات تتجه نحو الإنجاب لتعويض الوفيات والتأمين ضد الوفيات المستقبلية، **العوامل** الأخرى **غير المباشرة** التي تساهم في احداث **خفض في معدلات الخصوبة** مستقبلا **كالقدرة الاقتصادية** (الدخل)، **ظرف المسكن، البيئة الخارجية بالبيولوجية الطبيعية** وكذا **الحالة النفسية للأم أثناء وبعد الولادة.**

قد نتفق على الفكرة القائلة ان **الانخفاض في الوفيات** هو شرط **لتخفيض الخصوبة** وأخذها كسياسة لضبط النمو السكاني. أما عن **الوسائل** التي يمكن اتخاذها لذلك فهي كالآتي:

- تحسين دور ومكانة المرأة اجتماعيا، اقتصاديا وتعلمهن يساعد في تحسين صحتهن وصحة الطفل.

- توعية المرأة بالثقافة الصحية ومشاركتها في مجال العمل لتقتنع بضرورة فائدة المباعدة بين الولادات وكذا المعرفة الكاملة بكيفية استعمال موانع الحمل، وتأخير سن زواجها.

- توفير الخدمات الصحية كمراكز حماية الأمومة والطفولة وتقريبها للأم (الصحة الجوارية) وتوفير الظروف الحسنة للولادة الجيدة للعروض عن فكرة التعويض.

- وعي الأزواج تجاه تنظيم الأسرة **مثل:** الحجم الأمثل للأسرة (عدد الأطفال أقل لتكون أسرة مثالية) لتسهيل التربية والعناية بجمع الأبناء وتوفير حاجياتهم. كلها عوامل تؤثر بطريقة مباشرة على معدلات الخصوبة.

15/- الإجهاض:

يلعب هذا العامل دورا هاما في تنظيم الخصوبة، وهي عملية لا يمكن إحصاءها أو رصدها للنساء في سن اليأس، وذلك لعدم توفر الإحصائيات الدقيقة عن هذه الظاهرة ولهذا سوف نكتفي بالنتائج المتوصل إليها من خلال تحقيق الديوان الوطني للإحصاء مع وزارة الصحة ورابطة العرب سنة **1992** حيث توجد حوالي **105 حالة إجهاض لكل ألف مولود حي،** أما في **تحقيق 1995** توجد بنسبة **6.1%** من مجموع الحوامل مصيرها الإجهاض و **1.2%** من هذه الأحمال ولادات حية.

وحسب **المسح الوطني لحماية الأم والطفل** سنة **1992** توصل إلى أن الإجهاض قد يكون فعلا **لا إراديا** نتيجة **الظروف الصعبة** أو فعلا مقصودا **كوسيلة تنظيم الأسرة** حيث بلغت نسبة الزوجات اللواتي أجهضن على الأقل **مرة واحدة** حوالي **22.5%**، بلغ معدل حالات الإجهاض **105 حالة لكل ألف مولود حي وثلاثة أرباع** تلك الحالات تتم خلال **الثلاثة أشهر أولى من الحمل** ونسبة الإجهاض تتزايد مع **تقدم سن المرأة وكذا طول مدة الزواج.** وتقدر نسبة الإجهاض عند الزوجات في الوسط الحضري بـــ **22.6%** وفي الوسط الريفي **22%** أي بنسبة **44.6%** من الإجهاضات تحدث في الوسطين معا ولعل من ابرز أسباب الإجهاض نجد التدخين في المرتبة الأولى، والإصابة بحالات تسمم الحمل، ضعف قدرة الإخصاب لدى الرجال، مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وزيادة حالات العقم عند النساء، الولادة قبل الأوان، إضافة إلى التشوهات الخلقية للجنين داخل الرحم.

16/- وفيات الرضع والأجنة

إن مستوى وفيات الرضع مرتبط ارتباطا وثيقا بمستوى الخصوبة إذ يؤثر عليها من ناحيتين أولهما تأثير بيولوجي والآخر سلوكي، حيث أن وفاة الرضيع عند المرأة المستعملة للرضاعة الطبيعية يؤدي إلى عودة الطمث بعد انقطاعه وعودة عملية التبويض في غياب وسائل منع الحمل، كما أن تخوف الزوجين من فقدان أو بقاء العدد الحالي من أطفالهم على قيد الحياة يدفعهم إلى التفكير في إنجاب عدد كبير من الأطفال للحفاظ على أقل عدد ممكن.

من خلال استقرائنا للإحصاءات الرسمية انه كلما ارتفع معدل وفيات الرضع، كلما كانت مستويات الخصوبة مرتفعة، وقد عرف معدل وفيات الرضع انخفاضا معتبرا خلال العشريتين الماضيتين حيث انتقل من **150%** سنة **1960** إلى **56.6%** سنة **1997** وخاصة إذا علمنا أن وفيات الرضع التي شكلت تقريبا **ثلث** العدد الإجمالي للوفيات سنة **1980** لتنخفض إلى **17.9%** سنة **1991** هذا **الانخفاض** نتج عن **تحسين الظروف المعيشية** وكذا **البرامج الوطنية** التي تم وضعها حيز التنفيذ سنة **1984** لمحاربة وفيات الرضع حيث نص هذا الأخير على إجبارية التلقيح وتحسين الظروف الاجتماعية والصحية للأم والطفل. وفيما يلي نتعرف على تطور وفيات الرضع حسب الجنس ما بين 1985-1997 من خلال **الجدول الآتي:**

الجدول رقم (41): تطور وفيات الرضع حسب الجنس ما بين 1985-1997

الجنس / السنوات	ذكور	إناث	المجموع	الفارق
1985	80.00	76.57	78.28	-
1987	66.76	61.98	65.7	12.58-
1989	61.89	55.40	58.64	7.06-
1991	59.40	54.20	56.80	1.84-
1993	75.61	53.23	55.45	1.35-
1995	59.50	51.68	54.81	0.64-
1997	-	53.66	56.58	1.77+

المصدر: وزارة الصحة والسكان: 2000، ص 20.

وتشير نتائج الجدول إلى استقرار معدل وفيات الرضع، خلال فترة التسعينات بين **50-54** هي ظاهرة تعرضت لها العديد من الدول، ويحدث هذا عندما يكون **عدد الوفيات المحيطة بالولادة** من **0 إلى 30 يوما أكبر** من **عدد الوفيات المتأخرة** من **1-12 شهرا** كون أسباب الوفيات المحيطة (أسباب داخلية) هي أسباب يصعب التغلب عليها كشروط الحمل وعيوب الولادة (نقص الوزن، الولادة قبل الأوان والتشوهات الخلقية)، فهذه الوفيات بطيئة يصعب التخفيف من نسبتها مقارنة مع الوفيات المتأخرة الناتجة عن الأسباب الخارجية، والتي يمكن التحكم فيها عن طريق الوقاية بالتلقيح، كما نشير في الأخير أن معدل وفيات الرضع في الجزائر قد انخفضت إلا أنه مازال مرتفعا مقارنة بالدول المتقدمة.

موت الأجنة: تعتبر العوامل الخاصة بموت الأجنة **(ولادات ميتة، إجهاضات، إسقاطات)** من بين المتغيرات البيولوجية الوسيطة التي تؤثر على معدلات الخصوبة والجزائر تشهد ارتفاع في نسبة وفيات الأجنة.

17/- تدهورالحالة الصحية للمرأة:

من أجل تفادي المضاعفات الصحية للمرأة عامة والمرأة خاصة لابد من القيام بفحوصات طبية قبل وبعد الزواج، وذلك لأن إجراء فحص طبي كامل قبل الزواج لإظهار الأمراض الوارثية أو الاصابات، كما يجب أن يتم الوضع في عيادات التوليد لتفادي المضاعفات والوفيات، وينبغي إجراء فحص مهبلي للمرأة الحامل خلال أشهر الحمل لإعطاء فكرة عن نوع الولادة كتقديم سعة الحوض وتجويفه، مستوى نزول رأس الجنين داخل الحوض، اختفاء قناة عنق الرحم، سلامة غشاء الأمنيون، ليونة عضلات قاع الحوض وذلك كله من أجل إعطاء صورة طبيعية لعملية الولادة، وضرورة توعية الأم الحامل بعدم تعاطي بعض الأدوية والعقاقير إلا باستشارة أخصائي أمراض النساء، وعدم تدخين الأم أوزوجها وتواجدهما في نفس المكان له إنعكاسات على صحة الأم والجنين (زيادة احتمال

الإجهاض، فقدان الشهية، إمكانية التعرض لحالات التسمم الحملي، ارتفاع ضغط الدم، زيادة الإصابة بالتشوهات الخلقية للجنين).

أما بالنسبة للصحة النفسية وأثرها على صحة الحامل والطفل حيث تعتبر ذات أهمية بالغة لصحة الأم والطفل خلال فترة الحمل تعيش المرأة نفسية غير طبيعية فلابد أن تقوم ببعض الإجراءات، كما ينبغي على المرأة الحامل زيارة طبيب النساء للتقليل من القلق وتهيئة نفسيتها للوضع، إضافة إلى استشارة القابلة حول مشاكل الولادة، أيضا لابد من توفير التكفل الأسري والعائلي خاصة من طرف الزوج، وضرورة الابتعاد عن المشاكل العائلية وعدم الخوف من العملية القيصرية، وإعطاء الرعاية والحنان للطفل وإرضاعه وعدم إهماله.

الاضطرابات العقلية المرتبطة بالحمل والولادة بحيث أن اضطرابات الحمل وتسممه والأمراض الفيزيولوجية تكون مسؤولة إلى حدما عن الاضطراب العقلي في بداية الحمل مثل بعض التغيرات الوجدانية السريعة وتصاب الحامل بالقلق والاكتئاب وتستتد الأعراض العصابية وتظهر عند المرأة إذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو بوفاة الزوج أو الطلاق أو كرهها لزوجها وتأخذ هذه الاضطرابات أشكال وأعراض هستيريا **مثل:** القيء وآلام الجسم الاكتئاب والهوس[1].

<u>سادسا</u>: الخصوبة في سطيف وتطورها:

عرفت ولاية سطيف نموا سكانيا مستمرا منذ القدم نظرا لموقعها الاستراتيجي ولتنوع عناصر الجذب السكاني وعوامل التثبيت والاستقرار فيها، فقد تطورعدد السكان بشكل ملحوظ وذلك ما توضحه نتائج الإحصاءات السكانية المتتالية التي أجريت بالبلاد.

1- وضعية سكان ولاية سطيف (1966- 2008):

عرفت ولاية سطيف نموا سكانيا مستمرا منذ القدم نظرا لموقعها الاستراتيجي ولتنوع عناصر الجذب السكاني وعوامل التثبيت والاستقرار فيها، فقد تطور عدد السكان بشكل ملحوظ وتبينه نتائج الإحصائيات السكانية العامة المتتالية التي أجريت بالبلاد وهي كالتالي:

- **1966** قدر عدد السكان **1235140 نسمة** بما فيهم سكان ولاية المسيلة وبرج بوعريريج، أما عدد سكان بلديات الولاية الحالية فهو 490658 نسمة.
- **1977** قدر عدد سكان الولاية بـــ **686600 نسمة** أي بزيادة نمو سنوية تقدر بـــ **2.85%**.
- **1987** قدر عدد سكان الولاية بـــ **1000694 نسمة** أي بزيادة نمو سنوية تقدر بـــ **3.1%**.
- **1998** قدر عدد سكان الولاية بـــ **1311413 نسمة** أي بزيادة نمو بنسبة **2.36%**.
- **2008** قدر عدد سكان الولاية بـــ **1489973 نسمة** بتاريخ **2008/04/16** أي بزيادة **1.30%**.

[1]- د. سعيد حسين العزة: **تمريض الصحة النفسية**، دار النشر والتوزيع، الجامعة الأردنية، ط1، 2004، ص 248.

ما هو ملاحظ من خلال تتبع **تطور عدد سكان الولاية** أن الزيادات المسجلة بالنتائج الإحصائية تتناقص من تعداد إلى آخر، ولا يرجع ذلك إلى **عوامل الخصوبة** أو **النمو الطبيعي** المسجل بمصالح الحالة المدنية ولكن **لهجرة داخلية مستمرة** ناجمة عن **عدم توازن التنمية**[1].

2- إحصائيات حديثة حول سكان سطيف 2009:

إن عدد سكان ولاية سطيف الحالي حسب الأرقام المستقاة من جداول الحركة السكانية المسجلة بمصالح الحالة المدنية للبلديات مصححة وموقوفة بتاريخ **2009/12/31** بلغ **1545172 نسمة** منهم **783144 ذكور** أي بنسبة **51.30% و762028 إناث** بنسبة **48.75%** موزعين على **60** بلدية بأعداد متفاوتة مسجلين نسبة نمو إجمالية صافية تقدر بـــ **2.16%** تتأرجح ما بين **4.77%** ببلدية بوعنداس تليها كل من بلدية بني ورثيلان والحامة و(**-0.21%**) ببلدية بوسلام وتليها كل من بلدتي قنزات وآيت تيزي بنسبة (**- 0.23%**) أما نسبة المواليد الخام فتتراوح بين **4.97%** ببلدية بني ورتيلان و**0.09%** ببلدية آيت نوال مزادة بمعدل إجمالي يقدر بـــ **2.56%**.

للتوضيح بعد صدور النتائج النهائية الرسمية للإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 2008 والمرسلة للمديرية بتاريخ **2009/10/29** فإنه بات من الضروري مراجعة الأرقام الواردة في مدونة **2008** الخاصة بالسكان وتوزيعهم والإشارة للمعلومات المبينة في **النشرة الرسمية** رقم **19/527** بحيث يصبح عدد سكان الولاية في **2008/04/16 1489973 نسمة** منهم 756428 ذكور أي بنسبة **50.77% و733545 إناث** بنسبة **49.23%** بدلا من **1482336 نسمة** أي بزيادة قدرها **7637 نسمة** هن العدد المسجل بالجداول النهائية للبلدية (**TRC**) موزعين على الناطق التالية:

- **855278 نسمة** بالتجمعات الرئيسية أي ما يعادل **57.4%**.

- **260616 نسمة** بالتجمعات الثانوية أي ما يعادل **17.5%** والباقي **25.1%** بالمناطق المبعثرة وبمقتضاها يقدر عدد سكان الولاية في **2008/12/31** بـــ **1511765 نسمة** منهم **765740** ذكور أي بنسبة **50.65% و746025 إناث** أي بنسبة **49.35%** حيث نسجل زيادة طفيفة في معدل الإناث خلال الفترة الممتدة من **2008/04/16** إلى **غاية 2008/12/31** والمقدرة بـــ **0.12%**.

وتقدر الكثافة السكانية بـــ **236 شخص بالكيلومتر** بتسجيل متوسط **06 أفراد في الأسرة**[2].

أ- توزيع سكان ولاية سطيف حسب التجمعات السكنية:

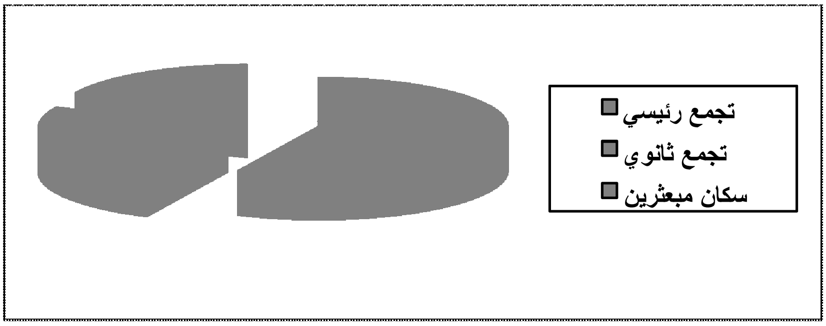
يعيش سكان الولاية المقدر بـــ **1545172 نسمة** في أسر بلغ عددها **279016 أسرة** موزعين على **60** تجمع رئيسي و**157** تجمع ثانوي أي **217** تجمع سكاني حضري وريفي بمجموع **1157230**

[1]- مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم: "**السكان**" إحصائيات حول ولاية سطيف" سنة 2009، ص 66.

[2]- **نفس المرجع**، ص69.

نسمة أي بنسبة **74.89%** من مجموع سكان الولاية مجمعون والباقي **25.11%** أي **387942 نسمة** بالمناطق المبعثرة.

إن هذا العامل هام في عملية التنمية وتوزيع الثروة وترشيد النفقات العمومية وتقدير الاحتياجات العامة للهياكل والمؤسسات العمومية الاقتصادية والاجتماعية والعمل على توفير الشروط الموضوعية لتأهيل التجمعات الثانوية الريفية وشبه الحضرية ورفعها إلى مصاف تجمعات حضرية كبرى مع التفكير في تمدين القرى والمداشر بتوفير جميع مستلزمات وشروط التحضر لأجل تثبيت ساكنها وترغيب النازحين للعودة إليها وفق نظرة مستقبلية مدروسة لإعادة انتشار سكاني منظم يواكبه إحداث وتشكيل أمكنة سكنية جديدة على نمط القرى الفلاحية بأسلوب جديد يدمج فيه الاستفادة من البناء الريفي وتوفير أرض معدة للبناء بتجزئة ريفية مبرمج فيها جميع المرافق مع امتيازات إضافية تسمح للمجموعات المحلية التحكم وتوجيه وتوزيع كتلتها البشرية وتثبيتها للحد من الهجرة الداخلية غير المنتظمة والتي ولدت أعباء ومطالب إضافية ومشاكل اجتماعية واقتصادية جمة أثرت سلبا على الحياة العامة. كما تبين توزيع السكان حسب التجمعات الرئيسية والثانوية والسكان المبعثرين[1].



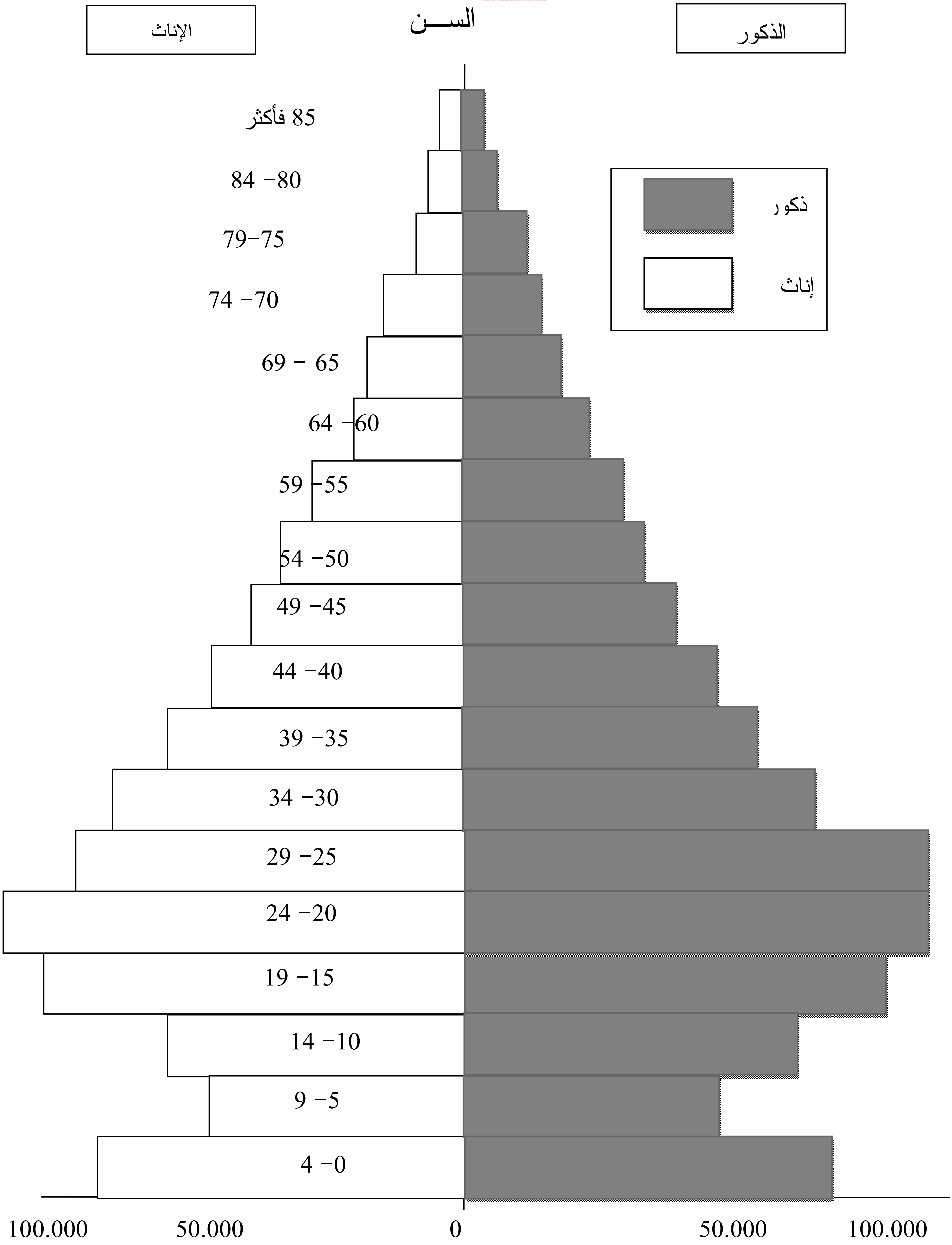
الشكل رقم (10): توزيع السكان حسب التجمعات السكانية

[1]- **مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم: مرجع سابق**، ص 32.

الجدول رقم (42): توزيع سكان سطيف حسب الجنس والعمر شريحة خماسية

الجنس / العمر	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
0- 4	80083	51.30	76012	48.70	156065	10.10
5- 9	65023	50.60	63485	49.40	128507	8.32
10- 14	77882	50.97	74625	49.03	152807	9.89
15- 19	90605	50.90	87391	49.10	177996	11.52
20- 24	93740	51.11	89669	48.89	183409	11.87
25- 29	81091	51.44	76558	48.56	157648	10.20
30- 34	62980	50.78	61048	49.22	124027	8.03
34- 39	48464	49.96	48539	50.04	97003	6.28
40- 44	41892	49.80	42237	50.20	84129	5.44
45- 49	37351	49.84	37595	50.16	74946	4.85
50- 54	30064	50.91	28986	49.09	59050	3.82
55- 59	23678	51.67	22144	48.33	45822	2.97
60- 64	13888	49.66	14080	50.34	27968	1.81
65- 69	12352	49.19	12760	50.81	25112	1.63
70- 74	10662	49.53	10863	50.47	21525	1.39
75- 79	7893	51.41	7459	48.59	15352	0.99
80- 84	3982	51.49	3751	48.50	7733	0.50
85 فأكثر	2936	48.73	3090	51.28	6026	0.39
المجموع	792732	51.30	752440	48.70	1545172	100.00

المصدر: مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم، "السكان"



الشكل رقم (11): الهرم السكاني لسكان ولاية سطيف سنة 2008

الجدول رقم (43): الشريحة الكبرى لسكان ولاية سطيف حسب الجنس والعمر.

الجنس / العمر	ذكور	إناث	المجموع	%
0- 5	94407	89623	184030	11.91
6- 15	148705	141169	289874	18.76
16- 59	494311	469258	963569	62.36
60 فأكثر	55249	52449	107698	6.97
المجموع	**792673**	**752499**	**1545172**	**100**

المصدر: مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم، "السكان".

تفسير:

يتوضح لنا من خلال هذا الجدول أن الشريحة الكبرى لسكان ولاية سطيف تتمركز في الفئة من **[16- 59 سنة]** بنسبة **62.36%** أي أن **الولاية** يغلب عليها **طابع الشباب**، وهذه الفئات التي تكون أكثر نشاطا وقدرة على خدمة المجتمع ككل وخدمة باقي الشرائح الأخرى (الأطفال، المسنين). تليها الفئة ما بين **[6- 15 سنة]** وهي فئة الأطفال نسبة **18.76%** الذين يزاولون الدراسة ولكنها فئة تستهلك فقط، ثم تأتي بعدها فئة الصغار **[0- 5 سنوات]** بنسبة **11.91** وهي الفئات التي تتطلب مزيدا من الرعاية الكافية من طرف الأولياء، وفي الخير تبرز فئة المسنين **[60 سنة فما أكثر]** بنسبة **6.971%** وهي الفئة الأكثر استهلاكا في المجتمع والتي تتطلب الرعاية الأكبر من طرف الدولة الجهات المعنية بالأمر كدور المسنين... إلخ.

جدول رقم (44): تطور معدلات النمو والخصوبة من 2004- 2009 بولاية سطيف

	2004	2006	2007	2008	2009
معدل النمو	1.93	1.80	2.09	2.26	2.16
معدل الولادات	2.16	2.13	2.51	2.63	2.56
معدل الوفيات	0.39	0.36	0.41	0.37	0.39

المصدر: مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم، "السكان".

تفسير:

يوضح هذا الجدول المميزات الأساسية لسكان ولاية سطيف من حيث ثبوت الطابع المناصر للخصوبة بصورة جلية، ويتجلى ذلك من خلال معدلات النمو السنوية المتصاعدة والمسجلة بمصالح الحالة المدنية خلال السنوات الممتدة من سنة **2004** إلى سنة **2009** والناجمة عن زيادة في المواليد وانخفاض معدلات الوفيات وذلك نتيجة تحسن الحالة الاجتماعية وتوفر الرعاية الصحية مع إقبال ملحوظ للزواج بالرغم من **ارتفاع متوسط سن الزواج** إلى **29 سنة** عند **الإناث** و**30 سنة** عند **الذكور**.

*** توزيع سكان ولاية سطيف حسب التجمعات السكنية**

ما هو ملاحظ من البيانات الواردة في الجداول السابقة أن نسبة سكان ولاية سطيف بالتجمعات الرئيسية هي **29.50%** أما نسبتهم بالتجمعات السكانية الثانوية تقدر بـــ **12.36%** أما نسبة السكان المتواجدين بالمناطق المبعثرة تقدر بـــ **1.11%**. وتصنف **بلدية سطيف** في **المرتبة الأولى** من حيث **نسبة تمركز عدد السكان** بها وتقدر بـــ **19.38%** ثم تليها العلمة بنسبة **10.58%**، عين ولمان **5.03%** ثم عين أزال **3.29%**، عين أرنات **2.95%** عين الكبيرة **2.46%**، بيضاء برج **2.35%** عين الحجر **2.34%** قجال **2.25%** بوقاعة **2.07%**...إلخ، حيث يتبين أن نسبة **52.70%** من مجموع سكان ولاية سطيف متمركزة بالبلديات العشر الأولى – سالفة الذكر- أن نسبة **29.96%** ببلديتي سطيف والعلمة وهذه النسب وترتيبها تبين أهمية البلدية الكثافة السكانية المتمركزة بها وحجم الهياكل الاقتصادية والاجتماعية المتواجدة بها ومدى تفضيلها واستفادتها من مشاريع تنموية واستثمارات ضخمة استقطبت الكتلة البشرية المقيمة بها وأثرت على باقي المناطق والبلديات التي عانت من النزوح وهجرة قاطنيها تاركين ممتلكاتهم طامعين في حياة مستقبلية أفضل لهم ولأبنائهم.

جدول رقم (45): الآفاق المستقبلية لسكان ولاية سطيف من سنة 2010- 2020:

2010	1568354	**2014**	1709487	**2018**	1865596
2011	1602323	**2015**	1747042	**2019**	1907168
2012	1637147	**2016**	1785564	**2020**	1949814
2013	1672862	**2017**	1825073		

المصدر: مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم "السكان".

من خلال هذا الجدول يتوضح لنا التقديرات المستقبلية لنمو سكان ولاية سطيف من سنة **2010 إلى 2020** ومن المحتمل أن يصل عددهم إلى هذا الحد وذلك على اعتبار أن الفرد الجزائري مؤخرا نتيجة ارتفاع المستوى التعليمي وتحسين مستوى المعيشة وتوفير الرعاية الصحية الكافية، أصبح يفكر في خفض عدد الولادات بدلا من العدد الكبير وذلك بعد الاطلاع على حقيقة وأهداف برامج تنظيم الأسرة التي تسعى لتوعية الأفراد سواء بالنسبة للرجل أو المرأة خاصة عن مخاطر الولادات المتكررة وعدم المباعدة بين الولادات وما يترتب عن ذلك من مضار على صحة الأم والطفل معا.

خلاصة الفصل

من خلال عرض الباحثة لعناصر الفصل الثالث الذي تناولت فيه النظريات السكانية المفسرة للخصوبة (الفكر السكاني القديم والنظريات المعاصرة المفسرة للخصوبة في علاقتها بالعوامل الإقتصادية)، وقامت بتحليل سوسيوديمغرافي لظاهرة الخصوبة وذلك بتحديد ماهيتها ومعدلاتها وذكرت أهم القواعد والمعايير التي تحدد إتجاه الخصوبة (إنخفاضها أو إرتفاعها) وحصرالعوامل المؤثرة عليها عامة وكذلك أدرجت عنصر هام يفيد في إعطاء صورة أوضح عن التأثيرات السلبية التي تحدثها الخصوبة المرتفعة والولادات المتكررة على صحة الأم والطفل وهذا مايعبر عن العلاقة الوطيدة بين متغيري الصحة والخصوبة (تم إدراج هذا العنصر لتوضيح مدى صحة الفرض الرابع الذي طرح على النحو الأتي: يؤثرتدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة على معدلات الخصوبة) وفي العنصرالثالث تم التعرف على وضعية سكان الجزائر بعد الاستقلال(أسباب الزيادة السكانية بعد الإستقلال وتراجعها بعد الثمانينات)، وفي العنصر الرابع قامت بتتبع أهم التطورات التي شهدتها معدلات الخصوبة التي جرت في الجزائر عبر الإحصاءات المتتالية (تطور الخصوبة من خلال التحقيقات الكبرى المنجزة) وفي العنصر الخامس تم التعرف على أبرز العوامل المؤثرة على خصوبة سكان الجزائر، وصولا إلى الآفاق المستقبلية لسكان الجزائر، وفي العنصرالسادس قامت بعرض الوضعية الديمغرافية لسكان سطيف وذلك بتتبع أهم التطورات التي عرفها سكان الولاية من حيث التوزيع المكاني (تجمع رئيسي، ثانوي، مبعثر) وكذلك توزيع السكان حسب الجنس والعمر وتمثيل ذلك في شكل هرم سكاني لإعطاء صورة مبسطة للقارئ عن الفئات البارزة في المجتمع السطايفي الذي يمتاز بالطابع الشاب وعرض إحصاءات عن تطور معدل النمو والولادات والوفيات بولاية سطيف من(2004 – 2009) وعرضت عنصر هام يتمثل في التنبؤ بالآفاق المستقبلية لسكان ولاية سطيف (2010– 2020) هذا كآخر فصل في الجانب النظري. حيث من خلال ما سبق ذكره– وخاصة في العنصر الخامس من هذا الفصل – يمكن الكشف عن نوع العلاقة التي تربط بين متغير عمل المرأة و الخصوبة ومدى تأثير الأول في الثاني، وذلك ما تؤكده وتبرهن عليه النتائج المتحصل عليها في الجانب الميداني للدراسة والذي يشمل بدوره ثلاث فصول مكملة للجانب النظري وهي مترابطة ومتسلسلة فيما بينها بدءا بالفصل الخاص بالإجراءات المنهجية وصولا إلى الفصل الأخير الخاص بمناقشة نتائج الدراسة وهذا الجانب الميداني يعتبر حجر الأساس في أي دراسة منجزة في مختلف التخصصات والذي يتطلب المزيد من الاجتهاد الشخصي من طرف الطالب(ة) بغية الحصول على نتائج تؤكد صدق الفرضيات وإجابات مقنعة للأسئلة المطروحة في الإشكالية.

تمهيد:

تمت الإشارة في الجانب النظري إلى موضوع عمل المرأة وأثره على الخصوبة، حيث لاحظت مدى تنوع وتباين هذا الزخم النظري في أطره المعرفية والعلمية، وهذا ماتجسد فعلا من خلال الدراسات الإمبريقية السابقة. وطالما أن هذه الدراسة تعد من الدراسات الإمبريقية كونها تحوي مقاربات نظرية تتطلب الإجابة عنها في المجال الميداني وفق إجراءات منهجية متناهية في الدقة.

إذ يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تستخدم أساسا لتحقيق أهداف الدراسة والتي تكمن في الكشف عن المقولات المرجعية في فرضيات الدراسة، حيث تمثلت هذه الإجراءات في مجالات الدراسة، ونموذجها، ومنهجها الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري لها، إضافة إلى عرض الأدوات البحثية التي ساهمت إلى حد كبير في استقصاء وجمع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة. كما بينت نقطة مهمة ولم تغفلها كونها تمثل اللبنة الأساسية للمضي في الدراسة الميدانية ألا وهي اختيار وتحديد العينة مجال إسقاط واختبار فرضيات الدراسة.

أولا: مجالات الدراسة

1- المجال الجغرافي:

أ- مبررات اختيار ميدان الدراسة جامعة فرحات عباس - سطيف -

نظرا للموقع الاستراتيجي التي تحتله مدينة سطيف والمكانة المميزة التي اكتسبتها بمرور الزمن مما جعلها مركز استقطاب وجذب للأيدي العاملة في مختلف القطاعات الاقتصادية التجارية، والخدماتية...وغيرها، وبما أن موضوع الدراسة الحالية يتركز حول دراسة "**تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة**" ارتأت الباحثة أن تخصص أكثر ميدان الدراسة وتحصره داخل جامعة فرحات عباس. وذلك بهدف إعطاء صورة واضحة عن مختلف المجالات ونوع العمل الذي تمارسه النساء داخل الجامعة، وأيضا التعرف على المستويات التعليمية لتلك النسوة ومدى مطابقتها للعمل الممارس، إضافة إلى تتبع مدى تأثير المستوى الاقتصادي وظروف العمل والظروف الصحية الحالية لهن على معدلات الخصوبة. وليس هذا فحسب بل لتأكيد وإثبات صحة القول أن القطاع الحكومي يشغل النسبة الأكبر من حيث تشغيل النساء وخاصة في قطاع التعليم والإدارة والخدمات.

ب- نشأتها:

أنشئ المركز الجامعي بسطيف بموجب **المرسوم** رقم**133/78** في **09 أفريل 1978** وقد بلغ عدد طلبته حينها 242 طالبا موزعين على ثلاثة معاهد: العلوم الدقيقة، العلوم الاقتصادية واللغات الأجنبية، وفي **الثمانينات** توسعت القطاعات الإستراتيجية في الجزائر ومنها قطاع التعليم العالي الذي

أخذ سنة **1984** شكل المعاهد الوطنية، وقد تم فتح معاهد وطنية في الإعلام الآلي، والكيمياء، والبيولوجيا والعلوم الاقتصادية والإلكترونيك والميكانيك.

وفي **أوت 1989** حولت المعاهد الوطنية إلى جامعة أطلق عليها سنة **1992** اسم المجاهد المرحوم "**فرحات عباس**".

وتطبيقا للتنظيم الهيكلي الجديد للتعليم العالي والبحث العلمي تم خلال السنة الجامعية **2000/1999** تقسيم الجامعة إلى ست كليات: - كلية علوم المهندس- كلية العلوم- كلية الطب- كلية الحقوق- كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير- كلية الآداب والعلوم الاجتماعية.

وفي سنة **2005** تبنت جامعة فرحات عباس **نظام التعليم العالي ل.م.د** وقد بلغ التعداد الإجمالي للطلبة في التدرج **50651** في الموسم الجامعي **2009/2008** و**2002 طالبا في ما بعد التدرج** (ماجستير، دكتوراه) ويتولى التأطير البيداغوجي في الجامعة **1374 أستاذ.**

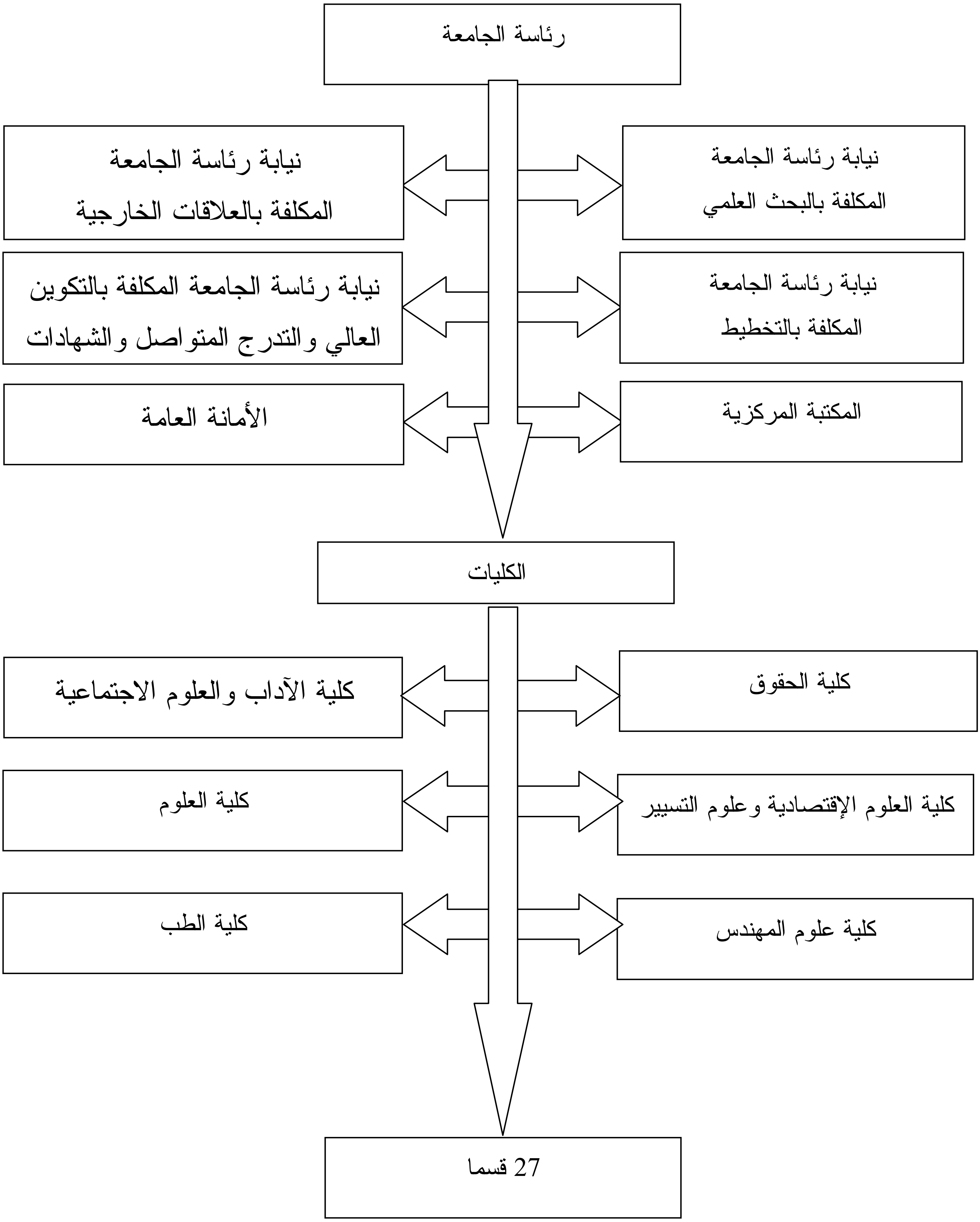
جــ - الموقع الجغرافي والمساحة:

توزع جامعة فرحات عباس على **ست مجمعات جامعية** على **مساحة إجمالية** تقدر بحوالي **186 هكتارا.**

جدول رقم (46): توزيع المجمعات الجامعية داخل ولاية سطيف

المجمع	موقعه	المساحة	الكلية
المجمع المركزي	حي المعبودة	50 هكتار	- كلية علوم المهندس. - كلية الآداب. - كلية العلوم.
المجمع الجامعي الثاني	منطقة الباز	112 هكتار	- كلية الحقوق. - كلية العلوم الاقتصادية - كلية العلوم. - كلية الآداب. - كلية الطب.
مجمع محمد الصديق بن يحيى	حي المعدومين الخمسة	4 هكتار	- كلية الطب. - كلية الآداب.
مجمع السعيد بوخريصة	حي المعبودة	4.5 هكتار	- كلية علوم المهندس
مجمع الفضيل الورثلاني	الطريق الوطني رقم 05 المدخل الشمالي للمدينة	3 هكتارات	- كلية العلوم

د- الهيكل التنظيمي للجامعة: يلخص الهيكل التالي التنظيم الإداري للجامعة.



2- المجال البشري:

يحوي ميدان الدراسة الحالية المتمثل في جامعة فرحات عباس على طاقة بشرية تقدر بـــ 2950 عاملا من كلا الجنسين ذكورا وإناثا موزعين على أقسام مختلفة في الجامعة.

وقد تم التركيز في هذا البحث على جنس الإناث بحكم طبيعة الموضوع كونه يتعلق بدراسة عمل المرأة وعلاقة ذلك بخصوبتها، حيث يقدر عدد الإناث بـــ 974 من العدد الإجمالي أي بنسبة تقدر بـــ 33% إذ يتوزعون بين الإدارة والتعليم والتنظيف، حيث يقدر عدد النساء اللاتي يعملن بالإدارة 356 موظفة أما اللاتي يعملن في التعليم العالي 541 أستاذة، إضافة إلى النساء العاملات في مصلحة التنظيف واللواتي يقدرن بـــ 77 منظفة.

ويمكن أن يوضح التوزع والتنوع للنساء العاملات على الأقسام وفق الجدول التالي:

جدول رقم (47): توزيع النساء العاملات على أقسام الجامعة.

الأقسام	عدد العاملات
التعليم	541 أستاذة
الإدارة	356 موظفة
مصلحة التنظيف	77 منظفة
المجموع	**974**

3- المجال الزمني:

يعني المجال الزمني الفترة التي استغرقتها الدراسة. وذلك منذ البدء في طرح الموضوع للدراسة إلى غاية الانتهاء منه بشكل نهائي[1]، حيث في أعقاب نهاية السنة النظرية من سنة **(2007-2008)** تم التفكير في اختيار مشروع البحث وتم تحديده مع الأستاذ المشرف وانطلاقا من **صيف 2008** بدأت الباحثة بجمع المعلومات والبيانات حول موضوع الدراسة الذي يحمل عنوان "تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة" إذ دامت مدة جمع المادة العلمية النظرية حول الموضوع إلى غاية **شهر جانفي من سنة 2010**، وبعدها تفرغت لإسقاط الجانب النظري على الجانب الميداني، حيث في البداية أخذت الموافقة على إجراء الدراسة الامبريقية وتطبيقها على ميدان الدراسة الذي هو عاملات جامعة فرحات عباس بسطيف، وكان ذلك في **03 جانفي من سنة 2010** وبعدها تم استلام الوثائق الخاصة بعينة البحث.

إذ على أساسها تم معاينة فئات العينة كما أخذت شروحات عنها من طرف الهيئات المشرفة عن هذه الفئات، وكنتيجة لهذه المقابلات تمخض عنها الاتفاق على مدة ووقت إجراء الدراسة الميدانية وكان ذلك في **11 جانفي 2010** بحيث تم توزيع الاستمارات على فئة الأستاذات، ثم فئة الموظفات ثم فئة

---

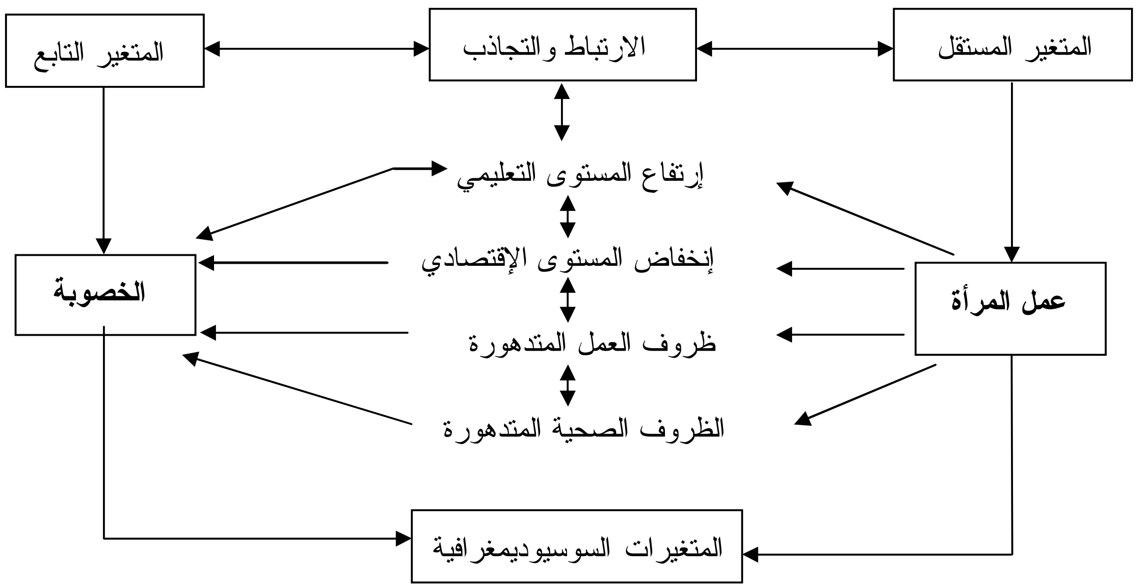
[1]- علي غربي: **أبجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية**، مطبعة سيرتا كوبي، قسنطينة، الجزائر، ب ط، 2006، ص 60.

عاملات النظافة، وتمت عملية تطبيقها وفق مقابلات حرة مع أفراد العينة خلال فترات متقطعة دامت مدة شهر إلى غاية **18 فيفري 2010**، حيث في خضم هذه المدة كلها تم جمع المعلومات و البيانات عن المجتمع المبحوث وكذا محاولة الإلمام بكل ما من شأنه أن يساهم في إثراء البحث بالمادة العلمية التي تضفي عليه طابعا علميا.

ثانيا: نموذج الدراسة

إنطلقت الدراسة الحالية من فرضية عامة وأربعة فرضيات جزئية، إذ حاولت الباحثة وفق هذا النموذج والإطار المنهجي للدراسة تحديد المتغيرات السوسيوديمغرافية المؤثرة في خصوبة المرأة العاملة بهدف الوقوف على أهم هذه المسببات وفق المحددات والأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والصحية، والمستوى التعليمي وكذا ظروف العمل، إذ تتمحور هذه المحكات حول عمل المرأة الذي يعتبر بمثابة المحك أو المتغير المستقل، فالدراسة تحاول اختبار أثر المتغير المستقل (عمل المرأة) على المتغير التابع (الخصوبة)، ولتوضيح ذلك أكثر قامت بتجسيده ضمن نموذج خاص في الشكل التالي:

نموذج الدراسة



يبين هذا النموذج أن الدراسة تسعى إلى تحديد العلاقة الارتباطية بين عمل المرأة وأثره على خصوبتها استنادا أوفي ظل المتغيرات السوسيوديمغرافية – سالفة الذكر– وذلك في ضوء نسق منهجي منظم يوفي إلى حد بعيد في تحقيق أهداف الدراسة.

ثالثا: المنهج

إن المنهج هو جملة الخطوات والعمليات التي يتبعها الباحث في شكل قالب منظم بغية الوصول إلى تحقيق أهداف بحثه، لذا فالمنهج ضروري للبحث إذ هو الذي ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد ومساعي وأسئلة وفروض البحث[1].

اعتمدت الباحثة في الجانب النظري على **المنهج الاستنباطي** في دراستها لظاهرة عمل المرأة كظاهرة حاضرة بالملاحظة المباشرة والمعاينة المستمرة والمقابلة المعمقة مع بعض المبحوثات منذ إختيار الموضوع والإنطلاقة الحقيقية للبحث **(2008- 2010)** كما وظفت **المنهج الإستردادي** ضمن دراستها لظاهرة الخصوبة باعتبارها ظاهرة حديثة في مجتمعنا الجزائري وذلك بإرجاعها إلى الماضي في جذورها بهدف إعطاء لمحة مختصرة عن الوضعية الديمغرافية للجزائر ومدينة سطيف(الزيادة السكانية قبل وبعد الإستقلال).

ما يمكن الإشارة إليه بتمعن هو أن طبيعة موضوع الدراسة وأهدافها تلعب دورا فعالا في فرض المنهج الملائم للدراسة، وعليه تم اختيار **المنهج الإحصائي** الملائم للموضوع، وأن استخدامه لايعني استخدام الأرقام والمعادلات فقط بقدر ماستخدمت الطرق الإحصائية كرموز ومؤشرات لتكشف العلاقة بين متغير عمل المرأة والخصوبة حيث يقوم الباحث بتفسيرها وتحليلها، بمعنى أن الأرقام لوحدها لاتمدنا بالحقيقة وهذا ماعبر عنه **بوانكاري** في قوله: "**الإحصاء لايروي القصة كاملة**"[2]. وعلى العموم فإن المنهج الإحصائي له وظيفتين أساسيتين هما: وظيفة وصفية(تقوم بتلخيص المعلومات) ووظيفة إستنتاجية(يسمح من خلالها وضع تعميمات حول مجتمع البحث مثل: بيانات الجداول المستقاة من الجانب النظري التي تمثل في أشكال ورسوم بيانية مختلفة لمعرفة مدى تركز وشدة ظاهرة الخصوبة في الجزائرعامة وسطيف خاصة)، وعليه يتم صياغة إستنتاجات عامة مستخرجة من ملاحظات متكررة وتحقيق ميداني معمق لكشف نوع العلاقة بين متغيري الدراسة ومدى تأثير الأول في الثاني، وتتمثل شدة إستخدام هذا المنهج في اعتماده على أدوات قياسية دقيقة تخلص الباحث من ذاتيته.

علما أن الدراسة الحالية إعتمدت **طريقة الوصف** المناسبة للظاهرة ليتم تحليل متغيراتها المترابطة في إطار كمي وكيفي، بحيث ساعدت في فهم علاقات الظاهرة مع غيرها من الظواهر الأخرى وتأكيدا لما سبق ذكره، فإن طريقة الوصف ساهمت إلى حد كبير في جمع البيانات اللازمة عن متغيرات الدراسة، بالإضافة إلى تحليلها وتفسيرها وتقييمها بغرض الوصول إلى نتائج علمية حقيقية وتفسيرات صادقة، لكن اعتمادها على هذه الطريقة بصفة كبيرة لا يعني الانتفاء أو الامتناع عن

---

[1]- رشيد زرواتي: **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، دار هومة، الجزائر، ط1، 2002، ص 119.

[2]- سفاري ميلود: **محاضرة في مقياس منهجية البحث**، سنة أولى ماجستير، تخصص ديمغرافيا حضرية، 22 جانفي2008.

الاستعانة بطرق البحث السوسيولوجي الأخرى، كطريقة المقارنة وكلها أسهمت ولو بشيء قليل في إثراء البحث.

حيث استخدمت الباحثة **طريقة المقارنة** التي ساعدتها في الوصول إلى حكم معين يتعلق بوضع الظاهرة في المجتمع الجزائري والسطايفي. وهذا الحكم مرتبط باستخلاص عناصر التشابه والاختلاف بين الحقب التاريخية المتعاقبة حول عمل المرأة والخصوبة تحديدا بعد فترة الاستقلال مباشرة للوقوف على الواقع الفعلي لعمل المرأة وأثره على الخصوبة. واعتمدت طريقة المقارنة من وجهتين أساسيتين هما:

1- الوجهة التاريخية: والتي تمت فيها مقارنة ظاهرتي عمل المرأة والخصوبة قبل وبعد الثمانينات وصولا للفترة الزمنية الحالية أي العشرية الأولى من القرن الحالي للتعرف على تطوراتهما.

2- الوجهة المكانية: والتي تمت فيها مقارنة ظاهرتي عمل المرأة والخصوبة في سطيف في الوسط الحضري والريفي من خلال تحليل بيانات الدراسة الميدانية وتفسيرها لمعرفة مدى تأثير متغير عمل المرأة على الخصوبة حسب الوسط الذي تنتمي إليه المبحوثات.

واتخذت الدراسة شكل المقارنة المترادفة فيما يخص متغيرالخصوبة (ارتفاع معدلاتها بعد الاستقلال لتعويض الفقد السكاني، وانخفاضها بعد الثمانينات بسبب حلول الأزمة الإقتصادية).

أما أسلوب المقارنة المعتمد في الجانب الميداني تمثل في حساب النسب المئوية لسبع فئات من أعمارالمبحوثات من(15-19) إلى (45-49) لكافة المؤشرات المدرجة ضمن أسئلة الاستمارة وأيضا تم حساب متوسط العمر عند الزواج الأول، ومتوسط العمر عند الإنجاب لمالهما من تأثير على معدلات الخصوبة.

وعلى هذا الأساس تعد الدراسة الحالية **دراسة وصفية تحليلية**، إذ ساعدت طريقة الوصف في تحليل المعطيات الواقعية الميدانية، كونها الأنسب لمثل هذه الدراسات الإنسانية والاجتماعية وحتى الديمغرافية، فهي شائعة الاستخدام والإتباع لمثل هذه الأنواع من الدراسات، إذ تمهد المجال للتدقيق والتعمق في أغوار الدراسة وقدرة الإحاطة بمختلف جوانبها وتحليل ميكانيزماتها، كما تساهم أيضا في إمداد الباحث بالبيانات والمعلومات وتكسبه صورة حقيقية حول الواقع الاجتماعي للظاهرة، حيث يتم تحليل الظاهرة من خلال المعطيات النظرية والإمبريقية والتي تسهم بدورها في صياغة عدد من التعميمات والنتائج المرتكزة على إطار مرجعي (المصادرالنظرية والميدانية)، والتي تؤخذ بعين الاعتبار في رسم سياسات الإصلاح الاجتماعي وترشيد المجتمع.

رابعا: الأدوات البحثية

يعتمد الباحث الاجتماعي في جمع المادة العلمية الميدانية حول موضوع بحثه من المجتمع المبحوث على أدوات منهجية بحثية، حيث يختلف مدى استعمالها من باحث لآخر تبعا لطبيعة ونوع المعلومات المراد جمعها، وقد استعانت في بحثها هذا بأدوات بحثية لجمع المادة العلمية الميدانية وهذه الأدوات تفاوتت مدى أهميتها من أداة لأخرى وتذكرها مرتبة حسب أولوية أهميتها في البحث وفق ما يلي:

1/ الاستمارة:

تعرف **الاستمارة** بأنها: "نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبحوثين عن طريق البريد"[1].

انطلاقا من هذا التعريف فإن الاستمارة وسيلة علمية متناهية التنظيم كونها تتقيد بمحاور البحث الكبرى وبالتالي تساعد الباحث على أن لايخرج عن أطر البحث العريضة وبالتالي اختصار الجهد والوقت. حيث استعملت الدراسة الحالية الاستمارة كونها الوسيلة الملائمة وأيضا تم اعتماد أداة "تقنية سبر الآراء" وهي عبارة عن أداة استطلاعية كشفية تتكون من جملة من الأسئلة في الغالب تكون أجوبة مقترحة أو أفكار عامة[2]، تعكس الانشغالات الجوهرية لتساؤلات الإشكالية وكذا الأبعاد السوسيوديمغرافية للفروض والمتغيرات.

- الاستمارة بالمقابلة:

وهي نوع من أنواع الاستمارة حيث تقوم الباحثة بمقابلة المبحوثات وملء الاستمارة وفقا لأجوبتهم عن أسئلة الاستمارة، وتعتبر الاستمارة بالمقابلة من أهم التقنيات المنهجية التي بوسعها أن ترصد بطريقة مباشرة مع المبحوثين المعلومات المراد التوصل إليها وبالتالي تكون هذه الأداة جامعة بين أداتين منهجيتين هما الاستمارة والمقابلة. وتم استعمال هذه التقنية المنهجية كونها أكثر ملاءمة لجمع البيانات اللازمة عن متغيرات الدراسة، فهي تفيد في معرفة تفاصيل أكثر عن أفراد العينة وشرح بعض النقاط بشكل مفصل وهي كذلك مناسبة لفئة الأميين من العاملات، كما يمكن أن يكون لدى بعض المبحوثات غموض حول بعض المصطلحات الواردة في الاستمارة أو المعنى المطلوب في بعض الأسئلة وغيرها مما يستدعي الحضور الشخصي للباحثة أومن ينوب عنها من المتخصصين في علم الاجتماع والديمغرافيا والذين تلقوا تدريبا حول طريقة تسجيل أجوبة المبحوثين.

1- محمد علي محمد: **علم الاجتماع والمنهج العلمي**، دار المعرف الجامعية، القاهرة، مصر، ط1، 1980، ص 339.

2- هيشور نادية: **المحاضرة الثالثة في مقياس منهجية البحث**، سنة أولى ماجستير، تخصص ديمغرافيا حضرية، 15جانفي 2008.

واستنادا إلى ذلك فإن استمارة البحث عالجت المحاور الكبرى للدراسة وشملت **واحد وخمسون سؤالا**، حيث قسمت إلى **خمسة محاور** وكل محور يضم جملة من التساؤلات المغلقة والمفتوحة التي تنصب أساسا حول الفرضيات البحثية، ففي **المحور الأول** (تضمن 08 أسئلة) تناولت فيه "البيانات الشخصية" المتعلقة بأفراد العينة بداية من السن الحالي والسن عند الزواج الأول والمستوى التعليمي للزوجين والحالة العائلية والعدد الحالي للأطفال إضافة إلى الموطن الأصلي للزوجين وكل مايساهم في بيان الصورة الشخصية لأفراد العينة، أما **المحور الثاني** (تضمن07 أسئلة) تناولت فيه مؤشرات الفرضية الأولى المتعلقة "بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة ومساهمته في خفض معدلات الخصوبة" حيث تم إدراج هذا الفرض وفق جملة من التساؤلات التي تحوي في مضامينها تأثير المستوى التعليمي للزوجين في خفض معدلات الخصوبة، وكل مايتعلق بالرضى أوعدمه عن المستوى الحالي وأيضا رغبة المبحوثات أوعدمها في متابعة تكوين آخر والنوع المفضل لديهن، مدى توافق مستواهن التعليمي مع العمل الحالي، ورأيهن حول مساهمة المستوى التعليمي في تحصيل الأبناء، وإمكانية ممارسة عمل آخر أوعدمها ورأي المبحوثات حول اختلاف المستوى التعليمي للزوجين وأثره على الخصوبة. أما **المحور الثالث** (تضمن 09 أسئلة) الذي تناولت فيه مؤشرات الفرضية الثانية التي يحوي مضمونها "تأثير إنخفاض المستوى الاقتصادي على معدلات الخصوبة" حيث كشفت عنها من خلال التساؤلات التالية: طبيعة سكن المبحوثات بعد الزواج مباشرة، ووضعية السكن الحالي، المستوى الاقتصادي لأسرة المبحوثات، الدافع الرئيسي من خروجهن للعمل، الطرف المشارك في قرارخروجهن للعمل، مدى كفاية أجورهن أوعدمها وسبب ذلك، الفرق بين قيمة أجر الزوجين، مساهمتهن في مصاريف الأسرة ومقدار المساهمة، وأيضا رأيهن حول مساهمة خروج المرأة للعمل في خفض عدد الولادات. فيما يخص **المحور الرابع** (تضمن 09 أسئلة) الذي تناولت فيه مؤشرات الفرضية الثالثة التي يتضمن محتواها "تدهور ظروف عمل المرأة العاملة وأثرها على معدلات الخصوبة" وفق التساؤلات التالية: مدى رضا المبحوثات عن ظروف العمل أوعدمه وسبب ذلك، طريقة معاملة المسؤولين لهن، مدى تعرض المبحوثات لعقوبات أولا وسبب ذلك، مدى مناسبة أوقات العمل أو عدمها، وأسئلة أخرى لها علاقة بظروف العمل وأثرها على الخصوبة. أما **المحور الخامس** والأخير(تضمن 18سؤال) حول الفرضية الرابعة "تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة وأثرها على معدلات الخصوبة" وترجع كثرة تساؤلاته وتشعبها لأهمية الجانب الصحي وعلاقته المباشرة بموضوع الدراسة، حيث تناولت فيه كل ماله علاقة بالحالة الصحية للمبحوثات، ومتى تمت أول ولادة، أعراض الحمل، حدوث حمل أولا وقت حصول الباحثة على الإجابة، الرغبة في الحمل الأخير أوعدمها، إجراء أشعة على الثديين أولا ومقدار التكلفة، كفاية إجازة الوضع أوعدمها وسبب ذلك، الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال أوعدمها والجنس المفضل، وأسئلة أخرى تتضمن نوع وسيلة منع الحمل المستعملة،

ومدة المباعدة بين معظم الولادات، وطبيعة الولادة، نوع الرضاعة، حدوث إجهاضات أولا، البرمجة لكل حمل أو عدمها، إمكانية الإنجاب أوعدمها وسبب ذلك.

وقد تم تقديم بعض الاستمارات إلى أفراد العينة للاطلاع عليها أولا (بالنسبة للأستاذات، والموظفات) اللاتي عارضن في البداية لكنهن تقبلن الفكرة بعد إعطاء شروحات حول الموضوع، بعدها قامت بتوزيعها وتطبيقها مباشرة باستعمال أداتين في حين واحد في شكل "استمارة بالمقابلة"، هذا مايساهم في تذليل الغموض حول بعض أسئلة الاستمارة من طرف الباحثة والتي قد تنتاب المبحوثات خاصة فئة عاملات النظافة، وتم اعتماد هذا النوع من الإستمارة بعد أن حدد المشرف الفئات التي ينبغي دراستها كما يوضحه **الجدول رقم(49)** في هذا الفصل على اعتبار أن الخصوبة تكون مرتفعة في فئات معينة ومنخفضة في فئات أخرى لذا تم أخذ **حصة معينة من كل فئة من الفئات السبعة**. كما تمكنت أيضا من معرفة بعض الأفكار وآراء المبحوثات حول بعض المسائل التي تخص المرأة عامة والمرأة العاملة خاصة وتم الاعتماد عليها في تحليل وتفسير البيانات في سياق سوسيوديمغرافي.

2- المقابلة الحرة:

ساعدت هذه الأداة الباحثة في أخذ البيانات والمعلومات الدقيقة التي لايمكن تجميعها من الأدوات البحثية الأخرى، حيث قامت ببعض المقابلات مع المسؤولين برئاسة جامعة فرحات عباس للحصول على إحصائيات عن إجمالي عدد العاملات وخاصة بالنسبة للأستاذات والموظفات وعاملات النظافة، وأيضا مقابلة بعض المبحوثات -التي سبق لها العمل معهن- وذلك أثناء أوقات فراغهن مما جعلها تقترب منهن أكثر وتتصل بهن مباشرة وتتبادل معهن أطراف الحديث الذي من خلاله تم أخذ صورة مجملة حول أفكارهن وآرائهن وتنبؤاتهن المستقبلية، وكل هذه المعطيات تساهم في إعطاء نتائج البحث مصداقية أكثر.

3- الملاحظة:

الملاحظة: وهي"الاعتبار المنتبه للظواهر أو الحوادث بقصد اكتشاف أسبابها وقوانينها"[1].

تستخدم الملاحظة عادة في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لايمكن جمعها من الأدوات البحثية الأخرى، فهي مشاهدة دقيقة للظاهرة محل الدراسة وهذا بالاستعانة بأساليب بحثية مناسبة وعليه فقد أفادت هذه الأداة الباحثة في ملاحظة ظروف العمل التي تعمل فيها المرأة العاملة، إضافة إلى المعاملة التي تتلقاها من قبل المشرفين عليها، كما لاحظت بعض الوثائق والسجلات الخاصة بالمجتمع المبحوث والتي ساهمت في تزويد الباحثة بمعلومات وبيانات وافية حول أفراد العينة.

1- فرح موسى الريفي وعلي مصطفى الشيخ: **مبادئ البحث التربوي**، مكتبة الأقصى، الدارالعربية للطباعة والنشر، بيروت، د.ط، ص 115.

4- الوثائق والسجلات:

لعبت الوثائق والسجلات دورا حساسا في كيفية تحديد واختيار العينة، إضافة إلى أنها أفادت في التعريف بمجال الدراسة جامعة فرحات عباس، كما تصفحت فيها القوانين الداخلية التنظيمية للجامعة. وخاصة منها المتعلقة بأفراد عينة البحث أي الأستاذات والموظفات وعاملات النظافة.

خامسا: العينة وكيفية اختيارها.

تعتبر العينة بمثابة المجتمع المصغر من المجتمع الكلي موضوع الدراسة، وتعرف "**العينة بأنها مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي**"[1]، بحيث تمثل العينة المجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا.

من خلال هذا التعريف يتجلى أن **العينة هي الجزء الذي يعبر عن الكل**، ونظرا لصعوبة دراسة المجتمع ككل يكفي أن يؤخذ مجموعة من أفراده تكون كمرآة عاكسة لكافة أفراد المجتمع، فالعينة تسمح للباحثة بالحصول على البيانات والمعلومات حول المجتمع المبحوث بأقل تكلفة وأقصر وقت وأقل جهد، بحيث يتم تعميم ذلك على المجتمع الكلي وهو النساء العاملات بجامعة فرحات عباس.

وقد تم انتقاء أفراد عينة البحث واختيارهم بطريقة **العينة الحصصية**، حيث يأخذ الباحث **حصة معينة من كل شريحة في المجتمع المبحوث** وبالتالي فكل شريحة من هؤلاء الشرائح لها حصة في العينة، وهذا ماتم تجسيده في اختيار أفراد العينة من المجتمع مجال الدراسة الميدانية.

وبما أن الدراسة الميدانية تتعلق **بالمجتمع النسوي** فإنها قصدت مجتمع الإناث بالجامعة، إذ قدر عددهم الكلي 974 عاملة[2] في **ديسمبر 2009**، حيث كانت نسبة التمثيل بـــ **10.26%** أي ما يعادل **100 امرأة متزوجة** كما أن أفراد عينة البحث كانوا موزعين حسب الأقسام التالية:

- **أستاذات التعليم العالي** أخذت منهم **55 أستاذة.**
- **الموظفات في الإدارة** أخذت منهم **37 موظفة.**
- **العاملات في قطاع النظافة** أخذت منهم **8 عاملات نظافة.**

ويمكن بيان هذا أكثر من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (48): توزيع أفراد العينة على الأقسام.

الأقسام	توزيع العاملات على الأقسام	العاملات المختارات	نسبة التمثيل
الأستاذات	541	55	%55.54
الموظفات	356	37	%36.55
عاملات النظافة	77	08	%7.90
المجموع	**974**	**100**	**%100**

[1]- زرواتي رشيد: **مرجع سابق**، ص 191.

[2]- إحصائيات ديسمبر 2009، **رئاسة جامعة فرحات عباس**، بسطيف.

وفيما يلي أيضا **جدول رقم (49): توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية**

الفئات	الأستاذات	الموظفات	عاملات النظافة	المجموع
19-15	–	02	–	02
24-20	02	08	–	10
29-25	10	06	02	18
34-30	15	05	01	21
39-35	15	06	–	21
44-40	10	06	02	18
49-45	03	04	03	10
المجموع	**55**	**37**	**08**	**100**

سادسا: سمات وخصائص العينة

تكتسي عينة البحث خصائص وسمات وجدتها تتجسد جليا من خلال البيانات الشخصية لأفرادها، حيث أن كل أفراد العينة ذات جنس أنثوي وهذا لطبيعة موضوع الدراسة، حيث تتناول عمل المرأة والخصوبة، كما أنها تنوعت حتى داخل الفئات في حد ذاتها، إذ وجدت في أفرادها الأستاذات ذات المستوى التعليمي العالي والموظفات ذات المستوى المقبول، وعاملات النظافة وهذا التنوع يضفي على العينة وعلى البحث بصفة عامة نتائج متنوعة تساهم في إثراء خصوبة البحث ونتائجه، إضافة إلى ذلك أن كل أفراد العينة لها وظائف عمل. وأغلبهن متزوجات ولهن أطفال أو هن في مرحلة الحمل الأول وإضافة بعض الحالات كالمطلقات والأرامل وفي حالة إنفصال شرط أن يكون لهن أطفال، بالتالي فإن توفر هذه الخصائص جعل الباحثة توفق إلى حد ما في اختيار الميدان المناسب لإجراء وتطبيق فرضيات الدراسة، وهذا ما يتجسد فعلا من خلال الشواهد الواقعية المبرزة في جداول الدراسة الميدانية في الفصل الخامس.

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل لأهم الإجراءات المنهجية للدراسة، والمتمثلة في تحديد مجالات الدراسة، وأيضا تجسيد متغيرات الدراسة ضمن نموذج خاص لتوضيح علاقة الترابط والانجذاب فيما بينها وباعتبارها دراسة وصفية تحليلية اعتمدت المنهج الإحصائي لتوفره على وظيفتين أساسيتين هما: وظيفة وصفية (تقوم بتلخيص المعلومات) ووظيفة إستنتاجية (يسمح من خلالها وضع تعميمات حول مجتمع البحث) وتم اختيار العينة الحصصية (بأخذ حصة معينة من كل فئة) وذلك أنها الأداة الأنسب التي تفيد بإعطاء نتائج علمية دقيقة إلى حدما عن متغيرات موضوع الدراسة، كل تلك الإجراءات كانت بمثابة حلقة وصل جعلتها تحلل معطيات الجانب النظري للدراسة تحليلا سوسيوديمغرافيا، لتصل إلى مرحلة عرض البيانات المستقاة من الميدان في جداول بسيطة ومركبة ليتم تحليلها وتفسيرها في نسق منظم ومتسلسل وفقا لما تضمنته فرضيات الدراسة وما احتوته الفصول النظرية وذلك مايتم عرضه في الفصل الموالي.

تمهيد:

تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى عرض وتحليل البيانات والمعطيات المستقاة أساسا والتي تم تجميعها أيضا من الميدان الامبريقي للدراسة أي جامعة فرحات عباس، والتي يتضمن محتواها جملة من المسائل المتعلقة بعمل المرأة وأثر ذلك في خفض معدلات الخصوبة، إذ حاولت الوقوف على أهم الأسباب الفاعلة والمؤثرة في خصوبة المرأة العاملة وبالتالي آثارها على المجتمع والوسط الحضري. حيث اعتمدت على محكات ومحددات أساسية وفق أربعة فرضيات ساهمت إلى حد بعيد في الإحاطة بأهم جوانب هذه الدراسة الراهنة، وهذا وفق سند منهجي دقيق يتمثل في أسئلة الاستمارة. لأجل الوقوف على مدى الصدق الامبريقي لهذه الفرضيات مرورا بتكميم البيانات وحساب النسب المئوية والمتوسطات الحسابية لتفسير وتحليل الواقع الخصوبي للمرأة العاملة.

إذ تطرقت في البداية إلى الوقوف على البيانات الشخصية كونها المرآة العاكسة لسمات وخصائص المجتمع المبحوث (عينة الدراسة).

أولا: البيانات الشخصية

تعتبر البيانات الشخصية بمثابة الإطار المرجعي لأي دراسة ميدانية إمبريقية. لذا تم عرضها وفق ما يأتي:

جدول رقم(01): توزيع أفراد العينة حسب السن الحالي

الفئات / السن الحالي	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
15- 19	/	/	02	%5.40	/	/	02	%02
20- 24	02	%3.63	08	%21.62	/	/	10	%10
25- 29	10	%18.18	06	%16.21	02	%25	18	%18
30- 34	15	%27.27	05	%13.51	01	%12.5	21	%21
35- 39	15	%27.27	06	%16.21	/	/	21	%21
40- 44	10	%18.18	06	%16.21	02	%25	18	%18
45- 49	03	%5.45	04	%10.81	03	%37.5	10	%10
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

إن عامل السن لازالت تعتمده أغلبية الدراسات والبحوث المختلفة ولاسيما منها الاجتماعية والديمغرافية وذلك قصد معرفة التأثير الذي يحدثه هذا العامل على الظواهر الأخرى، حيث تركزت الدراسة الحالية حول تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة في الوسط الحضري، واعتمدت على متغير السن الحالي لما لهذا الأخير من فاعلية في قياس مستويات الخصوبة، حيث تبين معطيات **الجدول رقم (01)** تركز أغلبية سن العاملات في الفئتين **[30-34]**، **[35-39]** بنسبة **21%** تليها الفئتين **[25-29]**، **[40-44]** بنسبة **18%** تليها فيما بعد الفئتين **[20-24]**، **[45-49]** بنسبة **10%** لتصل النسبة إلى **02%** لدى الفئة **[15-19]**، كما تبرز معطيات الجدول أن جل الأستاذات يتمركزن في الفئتين **[30-34]**، **[35-39]** وهذا ما فسرته بظاهرة تأخر سن الزواج التي عرفها المجتمع

الجزائري خاصة بعد أن أخذت المرأة نصيبها من التعليم، والتحقت بميادين العمل المختلفة، ثم تليها الفئة **[40-44]** بنسبة **18.18%** وهذا ما يؤكد وصول الأستاذات إلى سن **44 سنة** هي مرحلة متأخرة من الإنجاب لتتعرف أكثر عن معدلات الخصوبة لديهن، تليها الفئة **[45-49]** بنسبة **5.45%** وهي المرحلة الأخيرة من خصوبة المرأة، والتي تفسر بالخصوبة النهائية لهن.

وما تبرزه معطيات الجدول أن تركز أغلبية الموظفات في الفئات التالية **[20-24] تليها [25-29]** بنسب **21.62%، 16.21%** أي أن **37%** من الموظفات بعد إكمالهن للدراسة بالجامعة صرحن أنهن تزوجن مباشرة إلا أنهن مازلن يطمحن إلى مستويات أعلى من التعليم دراسات مابعد التدرج، وأغلبهن من أسر متوسطة الدخل مما حفزهن للخروج للعمل من أجل مساعدة الأب وتجهيز أنفسهن للزواج، وأيضا بالنسبة للفئتين **[35-39]، [40-44]** أي أنهن التحقن بالعمل منذ سنوات عديدة، لسبب سالف الذكر إضافة إلى أسباب أخرى مساعدة الزوج على تكاليف الأسرة، وكسب مكانة اجتماعية وحب العمل والمثابرة عليه تليها الفئة **[45-49]** بنسبة **10.81%** هي آخر مرحلة من خصوبة المرأة وبهذا تعرفت على خصوبتها النهائية، تليها الفئة **[15-19]** بنسبة **5.40%** حيث وجدت موظفتين فقط بالإدارة الجامعية تحت سن **19 سنة** متزوجتين حديثا ليس لديهن أطفال بعد، إلا أنها أخذت تلك العاملتين للتوضيح أكثر حول الفئة **[15-19]** وهي مرحلة بداية الخصوبة لدى المرأة، أما عاملات النظافة قد وصلن إلى السن **[45-49]** بنسبة **37.5%** وهذا يوضح فكرة تزويجهن المبكر من طرف أسرهن بسبب عدم إتمام الدراسة أو ظروف أخرى، تليها الفئتين **[25-29]، [40-44]** بنسبة **25%** لتأتي في الأخير الفئة **[30-34]** بنسبة **12.5%** صرحهن أنهن مطلقات وأرامل في مقتبل العمر.

جدول رقم(02): توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول

الفئات السن عند الزواج الأول	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي للمتزوجات		
	ت	%	ت	%	ت	%	M(x*x+5) التكرارات	A(x+2.5) مركز الفئة	A*M مركز الفئة*التكرار
15- 19	/	/	02	%5.40	04	%50	06	17.5	105
20- 24	02	%3.63	10	%27.02	/	/	12	22.5	270
25- 29	11	%20	17	%45.94	02	%25	30	27.5	825
30- 34	26	%47.27	05	%13.51	/	/	31	32.5	1007.5
35- 39	16	%29.09	03	%08.10	02	%25	21	37.5	787.5
40- 44	/	/	/	/	/	/	/	42.5	/
45- 49	/	/	/	/	/	/	/	47.5	/
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	/	**2995**

ويحسب متوسط العمر عند الزواج الأول كالآتي:

$$X = \frac{2995}{100}$$

$$X = 29.95 \approx 30 \text{ ans}$$

اعتبارا أن سن الخصوبة يبدأ من سن **15- 49 سنة**، وبعد حساب الباحثة – كما هو موضح في معطيات **الجدول رقم (02)- لمتوسط العمر عند الزواج الأول** لدى إجمالي أفراد العينة (100إمرأة عاملة) الذي وصل إلى **30 سنة** وهو يقارب المستوى الوطني **30 سنة** (وحسب تحليل مفصل لكل فئة في الجداول (**أ - ب- ج**) والتي تم إدراجها بصفحة الملاحق وصل المتوسط إلى **33 سنة** لدى **الأستاذات** و**28 سنة** لدى **الموظفات** وبين **20و21 سنة** لدى **عاملات النظافة**) وهذا بدوره يؤثر على معدلات الخصوبة مما يؤدي إلى انخفاضها، كما توضح معطيات **الجدول رقم(02)** أن الفئات الأكثر بروزا هي الفئتين **[30-34]**، **[25-29]** بنسبة **31%**، **30%** من إجمالي العاملات، فإذا أضيف لهما الفئة **[35-39]** بنسبة **21%** ترتفع نسبتهن إلى **82%** بمعنى أن **أغلب أفراد العينة** يقع سنهم بين**25- 39 سنة** ويفسر ذلك من الناحية البيولوجية **بالخصوبة المرتفعة**، إضافة إلى **بروز ظاهرة تأخر سن الزواج لدى المرأة الجزائرية** خاصة بالنسبة **للأستاذات** إلى ما بعد **30 سنة فما فوق**، حيث وصلت النسبة إلى **47.27%** من تزوجن في سن **30-34 سنة** تليها نسبة **29.09%** من تزوجن في سن بين **35- 39 سنة** وأيضا بالنسبة **للموظفات** بنسبة **45.94%** من تزوجن في سن **25-29 سنة** وبنسبة **27.02%** من تزوجن في سن بين **20-24 سنة**، عكس ما وجدته عند **عاملات النظافة** أن هناك نسبة **50%** منهن من تزوجن في سن بين **15- 19 سنة**، وهذا ما يفسر بظاهرة **الزواج المبكر** لديهن، وهناك نسبة **25%** من **عاملات النظافة** من تزوجن بين **[25-29]**، **[35-39]** ويرجع ذلك إلى **سيادة الأفكار التقليدية وعدم أخذ رأي البنت في اختيار الزوج الأنسب**، وأيضا وجدت أن أغلبيتهن **ذو أصول ريفية** وينتمين إلى **أسر ذات سيطرة تامة من طرف الآباء**، وهذا ما انعكس سلبا على حياتهن بسبب تزويجهن المبكر وبالتالي **تعريض حياتهن للخطر الأكبر** من حيث **الإنجاب في سن مبكرة** وما ينجر عن ذلك من **مشاكل صحية ونفسية** تنعكس سلبا على **حياة الأم والطفل معا**، وتوجد نسبة **12%** من تزوجن في سن **20-24 سنة** حيث توجد أعلى نسبة بـــ **27.02%** لدى **الموظفات** وفي حدود **3.63%** لدى **الأستاذات** وهي نسب قليلة مقارنة بالنسب -سالفة الذكر- وأيضا هناك نسبة **6%** من **إجمالي العاملات** من تزوجن في سن بين **15-19 سنة** منها نسبة **50%** هن **عاملات النظافة** و5.40% هن **موظفات بالإدارة الجامعية**.

جدول رقم(03): توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي

الفئات / المستوى التعليمي	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
ابتدائي	/	/	/	/	05	%62.5	05	%05
متوسط	/	/	02	%05.40	03	%37.5	05	%05
ثانوي	/	/	15	%40.54	/	/	15	%15
جامعي	55	%100	20	%54.05	/	/	75	%75
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يعتبر **المستوى التعليمي من أبرز العوامل المؤثرة على الخصوبة**، حيث أن الفرد كلما ارتفع مستواه التعليمي أصبح أكثر إدراكا ووعيا بالظروف المحيطة به، ومن ثمة معرفته عن كيفية استعمال وسائل منع الحمل وفوائدها وذلك ما أكده "**تقادي قورراري**" بالقول أن إنجاب الشعوب يرتبط ارتباطا كبيرا بمستوى تعليم النساء أو تعليم أزواجهن وحسب ما عرضته الباحثة في الجانب النظري من التطور السريع الذي شهده تعليم الفتيات خاصة في الآونة الأخيرة مما جعلهن يدخلن مجالات العمل المختلفة وذلك يؤثر على سلوكهن الإنجابي بعد الزواج مباشرة، حيث توضح الأرقام التي تضمنها **الجدول رقم (03)** أن **نسبة العاملات** الحاصلات على **مستوى جامعي** وصلت إلى **75%** هي أعلى نسبة حيث وجد أن هذا المستوى يتحقق بنسبة **100%** لدى **الأستاذات الجامعيات** وبنسبة **54.05%** لدى **الموظفات**، ويليها نسبة الحاصلات على **المستوى الثانوي** بنسبة **15%** من إجمالي العاملات وذلك بنسبة **40.54%** من **إجمالي الموظفات**، ويليها **المستوى المتوسط والابتدائي** بنسبة **5%** لدى **الموظفات وعاملات النظافة** حيث توجد نسبة **62.5%** من **عاملات النظافة** من لديهن **مستوى ابتدائي** و**37.5%** ذو **مستوى متوسط** وتفسر ذلك أن أغلب هذه الفئة الأخيرة ذو أصول ريفية مما يحتم المحيط الاجتماعي والثقافي لأهل الريف التأقلم مع ظروفه الخاصة، وتمسك جل الأسر في الوسط الريفي بالعادات والتقاليد التي لا تسمح بتعليم الفتيات وهذا ما يؤثر سلبا على حياتهن في المستقبل من حيث عدم الأخذ بفكرة التنظيم العائلي لأنها لا تدرك المزايا الحقيقية لذلك. وأيضا بالنسبة للنساء العاملات في المهن الصعبة والتي تتطلب الإجهاد الذهني والذي يؤثر في الغالب على تركيبها العضوي والفيزيولوجي وبالتالي لا تستطيع إرضاع طفلها. حيث توجد علاقة وثيقة بين مستوى التعليم وحجم الأسرة وذلك ما تؤكده أغلبية الدراسات حول أهمية التعليم وخاصة تعليم الفتيات كأحد المحددات الرئيسية للخصوبة. فالمرأة المتعلمة تشارك في اتخاذ القرار الأنسب حول السلوك الإنجابي للأسرة، ومن ثمة المساهمة الفعلية في خفض معدلات الخصوبة.

جدول رقم(04): المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات

الفئات / المستوى التعليمي للأزواج	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
ابتدائي	/	/	/	/	06	%75	06	%06
متوسط	10	%18.18	04	%10.81	01	%12.5	15	%15
ثانوي	15	%27.27	15	%40.54	01	%12.5	31	%31
جامعي	30	%54.54	18	%48.64	/	/	48	%48
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (04)** أن هناك نسبة **48%** من إجمالي **عدد أزواج العاملات** من لهم **مستوى جامعي**، حيث توجد **أعلى نسبة** لدى **أزواج الأستاذات 54.54%** تليها **48.64%** لدى **أزواج الموظفات**، تليها **المستوى الثانوي** بنسبة **31%** من **إجمالي الأزواج**، حيث توجد **40.54%** لدى **أزواج الموظفات و27.27%** لدى **أزواج الأستاذات**، و**12.5%** لدى **أزواج عاملات النظافة** ويليها **المستوى المتوسط** بنسبة **15%** من **إجمالي الأزواج** حيث توجد نسبة **18.18%** لدى **أزواج الأستاذات**، و **10.81%** لدى **أزواج الموظفات و12.5%** لدى **أزواج عاملات النظافة**، ويليها **المستوى الابتدائي** بنسبة **75%** لدى **أزواج عاملات النظافة**، وهذا ما يفسر تفضيل الزواج من نفس المستوى التعليمي لدى بعض الأستاذات والموظفات وعاملات النظافة خاصة، إلا أن ما لاحظته الباحثة من خلال معطيات الجدول أن هناك نوع من التجانس بين مختلف المستويات الاجتماعية حيث وجدت بعض الأستاذات والموظفات قد تزوجن من أزواج ذو مستوى متوسط وثانوي وذلك إدراكا منهم أن المستوى التعليمي ليس له أهمية بقدر ما يهمهم تكوين أسرة متجانسة يسودها التفاهم والعيش في طمأنينة.

كما أثبتت العديد من الدراسات أن **المستوى التعليمي للزوجين له تأثير على السلوك الإنجابي**، حيث أكدت في أغلبها أن **المستوى التعليمي للزوجة أكثر تأثيرا من مستوى تعليم الزوج**. وعليه يمكن القول أن **المستوى التعليمي للزوج قد يساهم في إقناع الزوجة والتفاهم حول إنجاب العدد المرغوب فيه، وذلك بإتباع فكرة التنظيم العائلي والمباعدة بين الولادات لفترة أطول حتى تستعيد المرأة صحتها وعافيتها وتضمن الرضاعة لمدة سنتين من أجل صحة أطفالها وتوفير الرعاية الكافية لهم، وتتمكن من التوفيق بين الدورين الملصقين بها** (العمل داخل وخارج المنزل) **الذي يتطلب من المرأة الصبر والجهد في سبيل تحقيق ذلك وبهذا يصبح حجم الأسرة أقل وهذا من شأنه أن يساهم في خفض معدلات الخصوبة مستقبلا.**

جدول رقم(05): توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
الحالة العائلية	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
متزوجة	/	%100	28	%75.67	/	/	83	%83
مطلقة	/	/	05	%13.51	02	%25	07	%07
منفصلة	/	/	01	%02.70	/	/	01	%01
أرملة	/	/	03	%08.10	06	%75	09	%09
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

تعتبر **الحالة العائلية** أهم مرحلة تفيد في **تتبع نمو** أو **انخفاض** أو **انقطاع مراحل الخصوبة،** وذلك ما توضحه معطيات **الجدول رقم (05)** أنه توجد نسبة **83%** من إجمالي العاملات **متزوجات،** حيث توجد نسبة **100% أستاذات متزوجات**، تليها نسبة **75.67% موظفات متزوجات**، أما الحالات الأخرى فوجدت نسبة ضعيفة تمثل**09%** هن **أرامل** من **إجمالي العاملات** وذلك بنسبة **75%** هن **عاملات نظافة أرامل، و8.10% من الموظفات أرامل**، تليها فيما بعد نسبة **7%** من هن **مطلقات** حيث توجد نسبة **25%** هن **عاملات النظافة مطلقات**، و**13.51%** هن **موظفات مطلقات**، ووجدت **حالة واحدة** بنسبة **1%** من إجمالي العاملات بنسبة **2.70%** هي **موظفة منفصلة** وهذا ما يفسر بوضوح **الخصوبة العالية لدى الفئات المتزوجة** وهي ما تؤثر سلبا على **معدلات الخصوبة**، لكن على العكس من ذلك ترى أن تواجد مثل تلك الحالات **(مطلقة، أرملة، منفصلة)** من شأنها أن تعمل على تحقيق نوع من التوازن بين الخصوبة العالية للمتزوجات والخصوبة التي آن لها أن تنقطع بسبب عوامل خارجة عن إرادة الإنسان ولا يمكن التحكم بها إلا في حالات خاصة جدا.

وأيضا من خلال ما تطرقت إليه في **الجدول رقم (02) و(03)** من حيث **ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين وأثره على الخصوبة** وجدت أن **معظم العاملات متزوجات** قد تحصلن على **مستوى تعليمي جامعي وثانوي** والذي يزيدهن إدراكا ووعيا **بضرورة إتباع التنظيم العائلي والمباعدة بين الولادات واستخدام موانع الحمل غير المضرة** لما لها من **مزايا إيجابية** على **صحة الأم والطفل والمجتمع ككل**. ومن ثمة **المساهمة في خفض معدلات الخصوبة** التي **باتت تشكل هاجس الدول النامية والتي تتطلب المزيد من الاهتمام من طرف الدولة والهيئات الخاصة بما فيها الأسرة والمرأة عامة والمرأة العاملة خصوصا وذلك بزيادة التوعية والتثقيف لكلا الجنسين ولاسيما المرأة من أجل المحافظة على صحتها وصحة أطفالها.**

جدول رقم(06): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال الحالي

الفئات عدد الأطفال	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		عدد أفراد العينة		عدد أطفال أفراد العينة	النسبة المئوية %
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
0	02	%3.63	02	%05.40	/	/	04	%04	00	/
01	04	%7.27	08	%21.62	/	/	12	%12	12	%04.30
02	20	%36.36	10	%27.02	/	/	30	%30	60	%21.50
03	18	%32.72	05	%13.51	/	/	23	%23	69	%24.73
04	10	%18.18	12	%32.43	/	/	22	%22	88	%31.54
05	01	%01.81	/	/	03	%37.5	04	%04	20	%07.16
06 أكثر	/	/	/	/	05	%62.5	05	%05	30	%10.75
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100	**279**	%100

– حساب **المؤشر التركيبي الخصوبة:** هو مجموع الولادات من 15 – 49 سنة (عدد الأطفال) على إجمالي عدد العاملات.

$$X = 2.79 \text{ ENF/FEMME}$$

– **عدد أطفال الأستاذات:** 5+40+54+44= 143 طفل. $\frac{143}{55}$ =**2.6 ط/امرأة**

– **عدد أطفال الموظفات:** 8+20+15+48= 91 طفل. $\frac{143}{55}$= **2.45 ط/امرأة**

– **عدد أطفال عاملات النظافة:** 15+30 = 45 طفل. $\frac{143}{55}$= **5.62 ط/امرأة**

توضح معطيات **الجدول رقم (06)** انه يوجد **279 طفل** من الجنسين (ذكر، أنثى) لدى إجمالي العاملات، وذلك بعد حساب **المؤشر التركيبي للخصوبة** لأفراد العينة والذي وجد في حدود **2.79 طفل/لكل امرأة** (كما هو موضح في الجدول – **د**– بصفحة الملاحق)، أما بالنسبة للأستاذات فيقدر بمعدل **2.6 طفل/ أستاذة** وبمعدل **2.45 طفل/موظفة** وبمعدل **5.62 طفل/عاملة نظافة** (كما هو موضح في الجدول –هـ– بصفحة الملاحق). حيث توجد أعلى نسبة بـ **%31.54** من إجمالي المبحوثات اللاتي أنجبن **04 أطفال**، وذلك بنسبة **%32.43** لدى **الموظفات** و**%18.18** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **%24.73** من **إجمالي العاملات** اللاتي أنجبن **03 أطفال**، وذلك بنسبة **%32.72** لدى **الأستاذات** و**%13.51** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **%20.47** ممن أنجبن **طفلين** منها نسبة **%36.36** لدى

الأستاذات و27.02% لدى **الموظفات**، ومن خلال جمع من أنجبن [04، 03، 02] بنسب [31.54%،24.73%، 21.50%] نحصل على 77.77% وهذا ما يفسر بوضوح **إتباع فكرة التنظيم العائلي** من طرف **المبحوثات** خاصة بعد تحصلهن على **مستوى ثقافي مقبول وزيادة وعيهن بكيفية استعمال وسائل منع الحمل، وتغيير نمط الحياة والتفكير في التقليل من عدد الأطفال بما يتناسب وإمكانياتهن من أجل تحقيق نوع من التوازن بين العمل المسند لهن داخل وخارج المنزل**، وأيضا من **أجل المحافظة على صحتهن وصحة أطفالهن**، ومحاولة **تقديم الرعاية الكافية لهذا العدد القليل** وذلك أن **إضافة طفل جديد يعني ضعف القدرة على تحمل المزيد من الأعباء الاقتصادية خاصة** بعد **ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة**. أما بالنسبة للاتي أنجبن **06 أطفال** توجد نسبة **10.75%** من إجمالي المبحوثات وذلك بنسبة **62.5%** من أنجبن **06 أطفال** هن **عاملات نظافة**، وهناك نسبة **7.16%** من إجمالي العاملات من أنجبن في حدود **05 أطفال** بنسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة** و**1.81%** لدى **الأستاذات**، وتوجد نسبة **4.30%** من إجمالي العاملات من لديهن في حدود **(طفل واحد)** إذ توجد نسبة **21.62%** لدى **الموظفات** و**7.27%** لدى **الأستاذات** وهذا مايفسر بوجود بعض العاملات من عينة الدراسة **حديثي الزواج أي في المرحلة الأولى من الإنجاب** وذلك أنها وجدت نسبة **5.40%** و**3.63%** من العاملات **(الموظفات والأستاذات) حديثي الزواج (أي في الأشهر الأولى من الحمل).**

وما يمكن ملاحظته بصفة عامة من خلال النسب الواردة في الجدول **أن** نسبة **إنجاب طفلين إلى 04 أطفال** هي **الأنسب لدى العاملات وهو العدد المثالي** حسب رأيهن **والذي ينعكس إيجابا على حجم النفقات الأسرية مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى المعيشة وارتفاع القدرة الشرائية للمواطن خاصة في الآونة الأخيرة بعد أن عرفت مستويات الدخل لدى الجنسين نوعا من الارتفاع الذي من شأنه أن يساهم في تغطية كافة احتياجات الفرد الجزائري.**

جدول رقم(07): توزيع المبحوثات حسب الموطن الأصلي

الفئات / الموطن الأصلي للزوجة	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
حضري	25	%45.45	20	%54.05	02	%25	47	%47
شبه حضري	18	%32.72	14	%37.83	03	%37.50	35	%35
ريفي	12	%21.81	03	%08.10	03	%37.50	18	%18
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

توضح **معطيات الجدول رقم(07)** أنه توجد نسبة **47%** من إجمالي العاملات من **وسط حضري**، حيث توجد **أعلى نسبة** لدى **الموظفات** بـــ **54.05%** و**45.45%** لدى **الأستاذات** و**25%** لدى **عاملات النظافة**، تليها نسبة **35%** من **وسط شبه حضري** وتتواجد **أعلى نسبة** لدى **الموظفات** بـــ **37.83%** و**37.5%** لدى **عاملات النظافة** و**32.72%** لدى **الأستاذات**، أما بالنسبة **للوسط الريفي** توجد نسبة

18% من إجمالي العاملات، وذلك بأعلى نسبة وصلت **37.5%** لدى **عاملات النظافة**، و**21.81%** لدى الأستاذات و**8.10%** لدى **الموظفات**. ومن خلال عرض الدراسات السابقة في الفصل الأول التي أثبتت أن هناك **علاقة** بين **الموطن الأصلي للمبحوثات والخصوبة** حيث تؤكد معطيات **الجدول رقم(07)** أن حوالي **نصف إجمالي العاملات** من **أصل حضري، وشبه حضري** بنسب **47% و35%** حيث يفسر ذلك بمدى وعي وإدراك تلك العاملات **لواقع الحياة الحضرية المعقدة**، والتي تتطلب **التفكير مليا بالتخلص من فكرة إنجاب عدد أكبر من الأطفال لتحل محل الأسرة كبيرة العدد الأسرة ذات الحجم الأصغر**، وذلك لما **يكلفه إنجاب طفل إضافي** وما ينجر عنه من **هبوط المستوى الاقتصادي للأسرة** وبهذا تتأكد فكرة أن **الوسط الذي ينتمي إليه الزوجين يؤثر إلى حد ما على معدلات الخصوبة** مما يعمل على **ارتفاعها** في **حالة انتمائهما إلى وسط ريفي** أو **انتماء أحدهما إلى ذلك الوسط**، وعلى العكس من ذلك في **حالة انتماء أحد الزوجين** أو **كليهما للوسط الحضري** وتأثيره في **خفض معدلات الخصوبة**.

كما عرفت **الأسرة الجزائرية** تحولا من **الحياة التقليدية** إلى **الحياة العصرية** التي تقوم على نمط **الأسرة الغربي**، وذلك من خلال **استقلال الزوجين في مسكن خاص بهما، ودخول المرأة ميدان العمل** وهو موضوع الدراسة **وتحسن الوضع الاجتماعي والاقتصادي لبعض الأسر**، بما في ذلك **تحسن وضع المرأة داخل الأسرة** ومن ثمة أصبحت **بإمكانها اتخاذ القرار الأنسب حول سلوكها الإنجابي عن طريق التفاهم بين الزوجين بإنجاب عدد أقل من الأطفال** من أجل **توفير الرعاية التامة لهم وتربيتهم تربية سليمة والمحافظة على صحة الأم والطفل معا** وبهدف **مواجهة الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي تعرفها الأسر الجزائرية عامة والأسر السطايفية خاصة** يوما بعد يوم (من خلال مشاركة الباحثة في عملية الإحصاء الذي تم في **16 أفريل 2008** وملاحظتها لظواهر عديدة **كأسرة ب10أطفال** و**مرض رب الأسرة بمرض مزمن** يتطلب مبالغ مالية ضخمة **والحالة المزرية لبعض الأسر السطايفية، وأزمة السكن** التي يعاني منها **الأغلبية**، وظواهر أخرى تستحق الدراسة والتحليل لإيجاد الحلول). وذلك كله يتطلب المزيد من مساعدة الدولة بفتح مراكز حماية الأمومة والطفولة في المدن والأرياف ونشر الوعي لدى الزوجين في مجال التنظيم العائلي، حتى تتمكن من توصيل فكرة التنظيم العائلي إلى الأرياف وهي أحد مؤشرات تحقيق التنمية المستقبلية خاصة فيما يتعلق بخفض معدلات الخصوبة والذي خصصت لها الباحثة مجالا في الدراسة الراهنة.

جدول رقم(08): الموطن الأصلي لأزواج المبحوثات

الفئات / الموطن الأصلي للزوج	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
حضري	30	%54.54	15	%40.54	/	/	45	%45
شبه حضري	10	%18.18	12	%32.43	03	%37.50	25	%25
ريفي	15	%27.27	10	%27.02	05	%62.50	30	%30
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

توضح معطيات **الجدول رقم(08)** أن هناك نسبة **45%** من إجمالي أزواج العاملات من **وسط حضري**، حيث توجد **أعلى نسبة بـــ 54.54%** لدى **أزواج الأستاذات**، و**40.54%** لدى **أزواج الموظفات**، تليها نسبة **30%** من **أزواج العاملات من وسط ريفي** حيث توجد **أعلى نسبة** منها بـــ **62.5%** لدى **أزواج عاملات النظافة**، و**27.27%** لدى **أزواج الأستاذات** و**27.02%** لدى **أزواج الموظفات**، تليها نسبة **25%** من **وسط شبه حضري** من **إجمالي أزواج العاملات** حيث توجد **أعلى نسبة بـــ 37.5%** لدى **أزواج عاملات النظافة**، و**32.43%** من **أزواج الموظفات**، و**18.18%** من **أزواج الأستاذات**. حيث لاحظت من خلال النسب –سالفة الذكر– أن نسبة **45% و25%** من **أزواج العاملات الأستاذات والموظفات** أي نسبة **70%** من **أصول حضرية وشبه حضرية** وهذا ما يفسر **بظاهرة انتشار الحضرية وانتقال السكان وأغلب الأسر الجزائرية من الريف إلى المدينة**، نظرا **لتوفر هذه الأخيرة على شروط الحياة الضرورية**، وذلك من خلال **توفير فرص العمل، والحصول على مسكن لائق بتكاليف معقولة** فرغم **تعقد الحياة الحضرية وزيادة تكاليف العيش فيها أين أضحى المواطن الجزائري يتغلب عليها من خلال الاجتهاد والمثابرة على العمل من أجل الحصول على عمل ملائم ومسكن لائق والتفكير في تقليص حجم الأسرة** الذي بات يخلق العديد من **المشكلات خاصة في المدينة بسبب ضيق المسكن (السكن في شقة F2-F3 الذي لا يتناسب وكثرة أفراد الأسرة)** ومن ذلك كان **لزاما** على **الأسر الجزائرية التقليل من عدد الأطفال** وبهذا يمكن القول أن **الموطن الأصلي للزوج يلعب دورا مؤثرا في خفض معدلات الخصوبة إضافة إلى الموطن الأصلي للزوجة كما تم الإشارة إليه في الجدول رقم (07)**.

ويمكن الإشارة في الأخير أن **العديد من الدراسات** أثبتت **وصول التكنولوجيا وانتشار وسائل منع الحمل** إلى **الأوساط الريفية** وذلك من خلال ما اقترحته الدولة في مخططاتها خاصة بعد الزيادة السكانية المفرطة التي عرفتها الأرياف، وما انجر عن ذلك من **هجرات مستمرة من الريف إلى المدن** أين تم **تفريغ الأرياف وهجرانها لتصبح جرداء من أهلها** وهذا **ما يخل بالتوازن**، حينها أدركت **الحكومة الجزائرية ضرورة مراجعة برامج السياسة السكانية** وذلك من خلال القيام **بمزيد من الجهود في سبيل تطوير الأرياف وتزويدها بمستلزمات الحياة من غاز وكهرباء وتوفير مؤسسات التعليم وتقريبها من المواطن وفتح مراكز حماية الأمومة والطفولة بها بغية تحقيق التنمية الريفية في شتى المجالات بما يتواكب ومتطلبات العصر لتحقيق التنمية المستدامة للبلاد**.

ثانيا: ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة ومساهمته في خفض معدلات الخصوبة

إن المستوى التعليمي المرتفع للمرأة العاملة يمكن أن يساهم في خفض معدلات الخصوبة. وهذا ربما يرجع إلى الثقافة العالية التي يتمتع بها كلا الزوجين، وذلك عن طريق اللجوء إلى تحديد النسل اعتمادا على حبوب منع الحمل أو الطريقة الحسابية العلمية ولأجل التعرف على أثر هذا المتغير يتم

عرض الجداول التالية التي هي بمثابة تكميم للبيانات المتعلقة بالفرضية الثانية حول المستوى التعليمي وأثره على خصوبة المرأة العاملة.

جدول رقم (09): تأثير المستوى التعليمي للزوجين أو عدمه في خفض عدد الولادات

الفئات / البدائل		الأستاذات ك	%	الموظفات ك	%	عاملات النظافة ك	%	مجموع التكرارات	النسبة المئوية
نعم	الزوج	05	%09.09	07	%18.91	02	%25	14	%14
	الزوجة	25	%45.45	18	%48.64	01	%12.5	44	%44
	معا	20	%36.36	10	%27.02	01	%12.5	31	%31
مجموع نعم		50	%90.90	35	%94.59	04	%50	89	%89
لا		05	%09.09	02	%05.40	04	%50	11	%11
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (09)** إمكانية تأثير ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين على الخصوبة، حيث تبين نسبة **89%** من إجمالي العاملات من أجبن **بنعم**، حيث توجد نسبة **44%** من أجبن بتأثير **المستوى التعليمي للزوجة** ثم نسبة **31% للزوجين معا** تليها النسبة **14%** من طرف **الزوج**. وهذا ما يؤكد صحة اختبار إحدى فرضيات الدراسة حول **ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة وأثره في خفض معدلات الخصوبة**، إضافة إلى أن نسبة **11%** من إجمالي العاملات من أجبن **بلا** أي أن ارتفاع المستوى التعليمي لا يؤثر في خفض معدلات الخصوبة حيث صرحت **بعض العاملات** أن هناك بعض النساء رغم تدني مستواهن التعليمي إلى الابتدائي إلا أنهن يساهمن في خفض معدلات الإنجاب لديهن وهذا الدليل على **وصول فكرة التنظيم العائلي عن طريق توعية الأمهات اللاتي لم يكملن الدراسة**، وأيضا **انتشار وسائل منع الحمل وتوزيعها عبر مراكز حماية الأمومة والطفولة مجانا**، حيث توجد نسبة **50%** من **عاملات النظافة** من أجبن **بلا** وهذا ما يفسر لنا مدى إدراكهن أن المستوى التعليمي لم يكن في السابق إجباري قبل الاستقلال إلا بعد أن حصلت الجزائر على استقلالها منذ 1962 أين أصبح التعليم إجباريا لكلا الجنسين أضف إلى ذلك كما أشرنا في الجداول السابقة الخاصة بالموطن الأصلي للمبحوثات أن **عاملات النظافة وبعض من الموظفات** من **أصول ريفية وشبه حضرية** والذي تسودها **العقليات البالية بعدم السماح للبنات بإكمال الدراسة** حيث **انقطعن عن الدراسة في السنة الأولى أو الثانية ابتدائي** وهذا ما يتسبب في خلق مشاكل عديدة منها **انتشار الأمية** و**الزواج المبكر للفتيات والإنجاب المبكر** والذي يعود **سلبا** على **صحة الأم صغيرة السن وتدهور صحة الطفل** وفي الغالب **موت الأطفال حديثي الولادة** بسبب **مضاعفات الحمل والولادة العسيرة**.

جدول رقم (10): مدى رضا المبحوثات عن مستواهن التعليمي وأثره على الإنجاب

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
راضية	10	%18.18	12	%32.43	05	%62.5	27	%27
غير راضية	45	%81.81	25	%67.56	03	%37.5	73	%73
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول** رقم **(10)** انه توجد نسبة **73%** من إجمالي العاملات صرحن أنهن **غير راضيات عن مستواهن التعليمي**، حيث تتركز **أعلى نسبة** لدى الأستاذات بـــ **81.81% و67.56%** لدى **الموظفات** و**37.5%** لدى **عاملات النظافة**، وهذا ما يفسر بوضوح **طموح** تلك العاملات (أستاذات وموظفات) في **متابعة تكوين إضافي ومتابعة الدراسات العليا (ماجستير، دكتوراه،...إلخ)**. أما بالنسبة للعاملات اللاتي صرحن أنهن **راضيات عن مستواهن التعليمي** بنسبة **27%** حيث توجد أعلى نسبة لدى **عاملات النظافة** بـــ **62.5% و32.43%** لدى **الموظفات** و**18.18%** لدى **الأستاذات** وهذا ما يبرز وصول تلك العاملات إلى **مستوى تعليمي مقبول** بما **يؤهلهن للعمل** في **شتى المجالات** وخاصة بالنسبة **لبعض الأستاذات** بعد حصولهن على **درجة دكتوراه دولة وممارستهن لمهنة التعليم بالجامعة** برتبة **أستاذة محاضرة** صنف "أ" أو "ب" **وطموحها في المزيد من البحث العلمي** من **أجل تطوير العلم والمعرفة**. أما بالنسبة **للموظفات** هناك من صرحن أنهن **يكتفين بالمستوى التعليمي الحالي**، وذلك بسبب **انشغالهن الدائم برعاية أطفالهن وشؤون المنزل خاصة** أن **بعض الموظفات** صرحن أن لهن في حدود **04 أطفال وبعض المشاكل الأسرية والصحية** التي تجعلهن في **غنى** عن **متابعة الدراسات العليا** ومن ثمة أصبحن **يفكرن في خفض معدلات الإنجاب** أو **عدم الإنجاب أحيانا** بسبب **كثرة متاعب الحياة**.

علما أن متابعة الدراسة تكون عائق على الإنجاب ومنه تلجأ كل عاملة تريد النجاح في مشوارها الدراسي والمهني لإنجاب عدد قليل من الأطفال عبر فترات متباعدة لتحقق هذا النجاح.

جدول رقم(11): توزيع المبحوثات حسب الرغبة أوعدمها في متابعة تكوين ما والنوع المفضل

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	لغات	20	%36.36	05	%13.51	/	/	25	%25
	إعلام آلي	12	%21.81	08	%21.62	/	/	20	%20
	دراسات عليا	08	%14.54	10	%27.02	/	/	18	%18
	أخرى تذكر	05	%09.09	02	%05.40	03	%37.5	10	%10
المجموع لنعم		45	%81.81	25	%67.56	03	%37.5	73	%73
لا		10	%18.18	12	%32.43	05	%62.5	27	%27
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول** رقم **(11)** رغبة **العاملات** في **متابعة تكوين ما والنوع المفضل لديهن**، حيث أظهرت أرقام الجدول أنه توجد نسبة **73%** ممن **يرغبن** في **متابعة تكوين ما**، وذلك بنسبة **25%** من **إجمالي العاملات** يرغبن التكوين في **اللغات** حيث وجدت **أعلى نسبة** لدى الأستاذات بـ **36.36%** وبنسبة **13.51%** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **20%** من يرغبن في **التكوين في الإعلام الآلي**، بنسبة **21.81 %** لدى **الأستاذات**، و**21.62%** لدى **الموظفات**، وتليها نسبة **18%** من **يرغبن إتمام الدراسات العليا** (ماجستير، دكتوراه...) بنسبة **27.02%** لدى **الموظفات** ونسبة **14.54%** لدى **الأستاذات**. وتوجد إضافة لذلك نسبة **10%** من يرغبن في **تكوين آخر** في **الطبخ والحلويات والحلاقة**، حيث توجد **أعلى نسبة** لدى **عاملات النظافة** بـ **37.5%** ونسبة **9.09%** لدى **الأستاذات** و**5.04%** لدى **الموظفات**. أما اللاتي **لا يرغبن** في **متابعة تكوين آخر** توجد نسبة **27%** من إجمالي العاملات، بنسبة **62.5%** لدى عاملات النظافة، و**32.43%** لدى **الموظفات** و**18.18%** لدى **الأستاذات**. حيث تبين أنه توجد نسبة **73%** من إجمالي العاملات من يرغبن في **متابعة تكوين ما** وأيضا يبدو من خلال النسب الموضحة أن **التكوين المفضل والمطلوب بكثرة** هو **اللغات** يليها **الإعلام الآلي والدراسات العليا** خاصة **للموظفات وبعض الأستاذات**. وهذا بدوره له علاقة بمعطيات **الجدول رقم (10)** والذي أظهر أن هناك نسبة **73%** من **إجمالي العاملات** صرحن أنهن **غير راضيات عن مستواهن التعليمي** وذلك **يحفزهن للرغبة في متابعة التكوين المفضل** حسب ما صرحت به **بعض الأستاذات** في **متابعة دكتوراه دولة، وتكوين في اللغات** ذلك لما **تتطلبه الدراسات العليا من لغات مغايرة وخاصة أن أغلب المراجع بالأجنبية**، عكس ما نجده عند **باقي العاملات** واللاتي صرحن أنهن **راضيات عن مستواهن التعليمي** ومن ثمة لا **يرغبن في متابعة تكوين** وبهذا تدرك حقيقة مفادها أن هذه الفئة الأخيرة قد **وصلت إلى مراحل عليا من التعليم خاصة لدى الأستاذات والموظفات** أما بالنسبة **لعاملات النظافة** أغلبهن ذو **مستوى ابتدائي** أو **متوسط** صرحن أنهن **لا رغبة لهن في إتمام الدراسة**. **ولولا عدم إتمام بعض النساء** للدراسة لما كان هناك **عاملات نظافة** سواء **داخل المؤسسة** أو **المنزل** و**خاصة** بعد انتشار **ظاهرة حضور بعض الخادمات** إلى **المنازل** من أجل **رعاية أطفال العاملات وتنظيف المنزل مقابل أجر وأغلبيتهن مطلقات**، أرامل.

جدول رقم(12): مدى توافق المستوى التعليمي للمبحوثات مع العمل الحالي

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	55	%100	17	%45.94	08	%100	80	%80
لا	/	/	20	%54.05	/	/	20	%20
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

من خلال **الجدول** رقم **(12)** حيث توضح نسبة **80%** من **إجمالي العاملات** صرحن أن **العمل الحالي يتوافق مع مستواهن التعليمي**، وذلك بنسبة **100% لدى الأستاذات وعاملات النظافة**، بنسبة

45.94% لدى **الموظفات**، وهناك نسبة **20%** من **إجمالي العاملات** صرحن أن **العمل الحالي لا يتوافق مع مستواهن التعليمي** وذلك بنسبة **54.20%** لدى **الموظفات** ويفسر ذلك **بتوظيف بعض العاملات ذات المستوى التعليمي الجامعي** (ليسانس) في **وظائف غير مناسبة، وبأجر لا يساوي المستوى التعليمي لهن** في الغالب، حيث **يشعرن بالملل والروتين** إضافة إلى **التغيب المستمر**، وعدم إتقان العمل أحيانا مما ينجر عنه **معاملة سيئة** من **طرف المسؤولين**. يمكن الإشارة إلى أن **عدم توافق المستوى التعليمي مع العمل الحالي للمرأة العاملة** من شأنه أن **يساهم في خفض معدلات الإنجاب** بسبب **المشكلات المهنية** التي تتعرض لها **المرأة العاملة باستمرار وانعكاساتها السلبية** على **دورها كأم وزوجة داخل المنزل** وبالتالي **تلجأ إلى تقليص حجم أسرتها إلى أقل عدد ممكن** وذلك بهدف **التوفيق بين الحياة المهنية والزوجية وتجنب معظم المشكلات وخاصة الصحية**.

جدول رقم(13): المستوى التعليمي للزوجين وأثره على تحصيل الأبناء

البدائل \ الفئات		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	-إعادة شرح ومراجعة الدروس	30	%54.54	08	%21.62	/	/	38	%38
	- التواصل مع مؤسسة التدريس	20	%36.36	15	%40.54	/	/	25	%25
	أخرى تذكر	05	%09.09	02	%05.40	/	/	07	%07
المجموع لنعم		55	%100	25	%67.56	03	%37.5	83	%83
لا		00	00	12	%32.43	05	%62.5	17	%17
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (13)** مدى **تأثير المستوى التعليمي للزوجين على تحصيل الأبناء** حيث وجدنا نسبة **83%** من إجمالي العاملات صرحن أن المستوى التعليمي للزوجين يؤثر على تحصيل الأبناء، وذلك من خلال أن نسبة **38%** صرحن أنهن **يعدن شرح الدروس لأبنائهن مساءا بعد عودتهن من مؤسسات التعليم المختلفة** (المدرسة، الاكمالية، الثانوية) وتوجد **أعلى نسبة** منها لدى **الأستاذات** بـــ **54.54%** ولدى **الموظفات** بـــ **21.62%** تليها نسبة **25%** من صرحن **أنهن باستمرار** على **تواصل مع مؤسسات التعليم** بنسبة **40.54%** لدى **الموظفات** فرغم **انشغالهن بالعمل طول اليوم والأسبوع** إلا أنهن **يطالبن أزواجهن بضرورة الإطلاع على وضعية أبنائهن في المؤسسة التعليمية والاطمئنان حول مدى استيعابهن للدروس وإلزامهن بمواقيت الدراسة** وأيضا بنسبة **36.36%** لدى **الأستاذات** نظرا لعدم عملهن طوال أسبوع يكن **دائمي الاتصال بمؤسسات تعليم أبنائهن** وحرصهن الشديد على متابعة دروسهن وتتبع أثرهن إلى المؤسسة بهدف وصولهن إلى أعلى المستويات، تليها نسبة **7%** من صرحن أن **المستوى التعليمي للزوجين يؤثر** بنسبة **9.09%** لدى **الأستاذات** و**5.40%** لدى **الموظفات** ويعني أن أبناءهن يسرن على درب أمهاتهن إلا نادرا ما يحدث العكس (رسوب بعض من أبنائهن)، وهناك نسبة **17%** من صرحن أن **المستوى التعليمي للزوجين لا يؤثر على تحصيل**

الأبناء بنسبة **62.5%** لدى **الموظفات** و**32.46%** لدى **الموظفات** واللاتي صرحن أنه يوجد بعض من أبنائهن خاصة بالنسبة **لعاملات النظافة** قد وصلن إلى **مستويات تعليمية عالية** (ماجستير وما بعدها) وبهذا يمكن القول أن **المستوى التعليمي للزوجين قد يؤثر أولا يؤثر على تحصيل الأبناء** بدليل إثبات **(أطفال نجباء لعاملات النظافة ذات المستوى الابتدائي أو المتوسط)** ونشير كذلك إلا أن بعض العلماء والمفكرين في الماضي كانوا من أسر بسيطة تنعدم فيها أدنى شروط الحياة "**عصر الشمعة**".

جدول رقم(14): ممارسة المبحوثات لعمل آخر إضافة لعملهن الحالي

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	00	/	10	%27.02	/	/	10	%10
لا	55	%100	27	%72.97	08	%100	90	%90
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

من خلال **الجدول رقم (14)** والذي يوضح انه توجد نسبة **90%** من إجمالي العاملات لا يمارسن **عملا آخر**، وذلك بنسبة **100%** لدى **الأستاذات وعاملات النظافة** وبنسبة **72.97%** لدى **الموظفات** واللاتي صرحت جلهن أن **معظم أوقاتهن يقضينها بالعمل داخل المؤسسة وعند عودتهن منهكات من العمل لا يستطعن إنجاز أشغال المنزل** لولا **وجود الآلات الكهرومنزلية الحديثة** التي تساعدهن في الغالب **كآلة غسل الملابس، آلة الطهي**... وغيرها، وهناك نسبة **10%** من إجمالي العاملات، حيث توجد نسبة **27.02%** لدى **الموظفات** من يمارسن **عملا آخر كالخياطة أو تحضير الكسكس في آخر الأسبوع** وذلك بهدف الحصول على **دخل إضافي للأسرة** خاصة أن **تدهور المستوى الاقتصادي لبعض الأسر الجزائرية يتطلب دخل إضافي**.

وذلك أن **الأجر** الذي تحصل عليه **الموظفات غير كافي ولا يسد كل حاجيات الأسرة من إيجار، وخاصة في حالة مرض أحد أفراد الأسرة**، ويمكن القول أن **ممارسة عمل إضافي من شأنه أن يساهم في التقليل من عدد الأطفال**، ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة لدى المرأة العاملة** التي أصبحت **مكلفة للقيام بالعديد من الأعباء المنزلية والمهنية** وحتى **التفكير في إنجاز أعمال أخرى مقابل الحصول على دخل إضافي للأسرة كثيرة المطالب والمتزايدة** يوما بعد يوم وحتى لو كان ذلك على **حساب وقت راحتها أو تدهور صحتها**.

جدول رقم(15): رأي المبحوثات حول اختلاف المستوى التعليمي للزوجين وأثره على الخصوبة

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	48	%87.27	27	%72.97	/	/	75	%75
لا	07	%12.72	10	%27.02	08	%100	25	%25
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (15)** أنه توجد نسبة **75%** من إجمالي العاملات صرحن أن اختلاف المستوى التعليمي للزوجين يؤثر على معدلات الإنجاب (الخصوبة)، وذلك بنسبة **87.27%** لدى الأستاذات، و**72.37%** لدى الموظفات، وذلك ما يفسر **بأن ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين أو إحدى الزوجين من شأنه أن يساهم في خفض معدلات الخصوبة**، وعلى العكس من ذلك أي أن **انخفاض المستوى التعليمي للزوجين يؤدي إلى ارتفاع معدلات الخصوبة** وذلك ما حدث قبل فترة الاستقلال، أين كانت الأسرة الجزائرية تنجب في حدود **10 أو 12 طفل**، إلا أنه بعد الاستقلال شهد قطاع التعليم في الجزائر تطورا ملحوظا خاصة بعد فرض إجباريته على كل المواطنين، هذا من شأنه أن يساهم في ارتفاع المستويات التعليمية لكلا الجنسين والتي تنعكس إيجابا على معدلات الخصوبة من حيث انخفاضها وتراجعها وذلك من خلال ما تم عرضه في الجانب النظري من تطور المستويات التعليمية لكلا الجنسين **وخاصة الإناث** وذلك لما لهن من **دور فعال وإيجابي في تعديل السلوك الإنجابي للأسرة من خلال الاقتناع بفكرة التنظيم العائلي والمباعدة بين الولادات والتفكير في الأسرة ذات الحجم الأصغر والأنسب لإمكانياتها المادية ومن أجل المحافظة على وضعها الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع**. وتوجد نسبة **25%** من إجمالي العاملات من صرحن أن اختلاف المستوى التعليمي لا يؤثر على معدلات الخصوبة وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة**، و**27.02%** لدى **الموظفات** و**12.72%** لدى **الأستاذات** وذلك من خلال الواقع الملموس وجود **عدة أسر جزائرية** لها **عدد أكبر من الأطفال** في حدود **08 إلى09 أطفال** حيث أن الأب له مستوى عالي والأم دون مستوى أو مستوى ابتدائي أو العكس (الأم ذو مستوى عالي والأب دون مستوى) وبهذا يمكن القول أنه **رغم ارتفاع المستوى التعليمي لإحدى الزوجين لكنهما ينجبان عدد أكبر وذلك بسبب عدم مشورة الزوجة في الغالب وهذا ما كان سائدا قبل الثمانينات، إلى أن تحررت المرأة لتشارك بفعالية في صنع القرار الخاص بسلوكها الإنجابي بما يتلاءم وظروف عملها ومراعاة ظروفها الصحية.**

ثالثا: انخفاض المستوى الاقتصادي للمرأة العاملة وأثره في خفض معدلات الخصوبة

جدول رقم(16): طبيعة سكن المبحوثات بعد الزواج مباشرة

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
طبيعة السكن بعد الزواج مباشرة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
منفرد	38	%69.09	12	%32.43	/	/	50	%50
مع أسرة الزوج	16	%29.09	32	%62.16	05	%62.5	44	%44
مع أسرة الزوجة	01	%18.18	02	%05.40	03	%37.5	06	%06
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

حسب ما توضحه معطيات **الجدول رقم (16)** أنه توجد نسبة **50%** من **إجمالي العاملات** أقمن **بسكن منفرد بعد الزواج مباشرة** وذلك بنسبة **69.09%** لدى **الأستاذات** و**32.46%** لدى **الموظفات**،

تليها نسبة **44%** ممن **أقمن مع أسرة الزوج** وذلك بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة** و**62.16%** لدى **الموظفات** و**29.06%** لدى **الأستاذات**، وهناك **نسبة قليلة** ممن **أقمن مع أسرة الزوجة** بنسبة **06%**، إذ توجد نسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة** و**18.18%** لدى **الأستاذات** و**5.40%** لدى **الموظفات**، ويفسر ذلك **بسيادة بعض العقليات لدى الآباء بتزويج بناتهن للزوج الذي له مسكن منفرد** وخاصة إذا كانت **بنات تلك الأسر على مستوى تعليمي عالي وبهدف ضمان استقرار حياة بناتهم**، وهناك **نسبة معتبرة** ممن صرحن عن **سكنهن مع أسرة الزوج** وذلك **مراعاة لظروف الزوج وأملا في الحصول على مسكن منفرد في المستقبل**، وهناك **نسبة قليلة** ممن صرحن أنهن **أقمن مع أسرة الزوجة** حيث وجدت **03 عاملات النظافة وموظفتين وأستاذة** صرحن أنهن **أقمن لمدة أسبوع واحد مع أسرة الزوج** وبسبب **كثرة المشاكل الأسرية** وبما أنهن من **أسر غنية تدخل الآباء ببناء جناح خاص لابنته إلى أن يتمكن زوجها** من **الحصول على مسكن خاص**.

جدول رقم(17): وضعية السكن الحالي للمبحوثات

الفئات / وضعية السكن الحالي	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		مجموع التكرارات	%
	ك	%	ك	%	ك	%		
ملكية خاصة	40	%72.72	15	%40.54	/	/	55	%55
ملكية مشتركة	/	/	07	%18.91	03	%37.5	10	%10
مسكن وظيفي	/	/	05	%13.51	/	/	05	%05
إيجار	15	%27.27	10	%27.02	/	/	25	%25
أخرى تذكر	/	/	/	/	05	%62.5	05	%05
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (17)** أنه توجد نسبة **55%** من إجمالي العاملات **وضعية سكنهن الحالي ملكيته خاصة**، حيث توجد **أعلى نسبة** لدى **الأستاذات** بـــ **72.72% و40.54%** لدى **الموظفات**، وهناك نسبة **25% وضعية سكنهن الحالي إيجار**، بنسبة **27.27%** لدى **الأستاذات** و**27.02%** لدى **الموظفات**، وتليها نسبة **10%** وضعية سكنهن الحالي **ملكيته مشتركة مع الأخوة**، وذلك بنسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة** و**18.91%** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **5%** ممن سكنهن الحالي **سكن وظيفي** وذلك بنسبة **13.51%** لدى **الموظفات** حيث صرحن أن **أزواجهن** يعملن **بقطاع البريد والمواصلات** وغيره وهناك نسبة **5%** من **إجمالي العاملات** بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة** واللاتي صرحت كلا منهن أنهن **مقيمات مجانا**، وأن سكنهن عبارة عن **بناء فوضوي خارج المدينة** وما يمكن استنتاجه أنه توجد حوالي **أكثر من نصف** إجمالي العاملات **وضعية سكنهن الحالي ملكية خاصة**، وهذا ما يفسر **بتحسن وضعية قطاع السكن في الجزائر عامة وولاية سطيف خاصة** بعد **التطور الكبير الذي عرفه قطاع السكن في السنوات الخمسة الأخيرة** حيث استفادت **ولاية سطيف** في **قطاع السكن من 54 ألف وحدة سكنية** في **مختلف الأنماط** مع **مراعاة الطابع الريفي للكثير من البلديات وإعادة تجديد الريف**

وخلق الاستقرار من خلال برنامج السكن الريفي ومن الأنماط المعروفة السكن التساهمي، السكن الاجتماعي، البيع بالإيجار، السكن الترقوي، السكن الوظيفي[1]. وهناك نسبة **25%** وضعية سكنهن هو **إيجار** سواء كان **إيجار لدى الشعب أو الدولة** المهم هو حصولهن على سكن إضافة إلى وجود نسبة **10% و5%** وضعية سكنهن **ملكية مشتركة، سكن وظيفي أو السكن مجانا** وهذا ما يحتم على هؤلاء **ضرورة التفكير في التقليل من عدد الأطفال** وذلك بسبب **عدم تحسن وضعية سكنهن** واحتمال أنهن **يصبحن بلا مسكن عند تقاعد الزوج** بالنسبة للاتي **أزواجهن يقطن بمسكن وظيفي**. إضافة إلى **الوضعية المزرية التي يعيشها عاملات النظافة.**

وبهذا تبين أن **تدهور وضعية سكن المبحوثات** تؤثر على **معدلات الخصوبة** ومن ثمة تعمل على **خفضها في حالة عدم الاستقرار** وحتى **لو توفر السكن** إلا أن نوع السكن الحالي **F3،F4** إضافة إلى **غلاء المعيشة التي نشهدها اليوم يجعل التفكير مليا في الأسرة ذات الحجم الأصغر في حدود طفلين لكل أسرة تقطن بشقة من ذلك النوع أو غيره.**

جدول رقم(18): المستوى الاقتصادي لأسر المبحوثات

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		مجموع	
البدائل	ك	%	ك	%	ك	%	التكرارات	%
جيد	50	%90.90	22	%59.45	/	/	72	%72
متوسط	05	%09.09	15	%40.54	/	/	20	%20
ضعيف	/	/	/	/	08	%100	08	%08
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضع **الجدول رقم (18)** أنه توجد نسبة **72%** من إجمالي العاملات ذو **مستوى اقتصادي جيد،** وذلك بنسبة **90.90%** لدى **الأستاذات و59.45%** لدى **الموظفات،** تليها نسبة **20% ذو مستوى ضعيف بنسبة 100%** لدى **عاملات النظافة،** وما استنتجته هو وجود **نسبة أعلى** من حيث **المستوى الاقتصادي الجيد لأسر الأستاذات** والعاملات والذي يرجع إلى **تساوي أجر الزوجين** في الغالب بين الأستاذات وخاصة بعد **الزيادة التي عرفتها الأجور في السنوات الأخيرة،** وأيضا بالنسبة لبعض **الموظفات بالإدارة** اللاتي رغم حصولهن على **أجر متوسط** إلا أنهن **متزوجات من أزواج تجار ذو دخل مرتفع وأساتذة وإطارات عليا في الدولة** وهذا ما ينعكس سلبا على **معدلات الإنجاب** ومن ثمة تتجب تلك الأسر في حدود **06 إلى 07 أطفال،** لكن هناك من يثبت العكس أن بعضا من **الأسر الجزائرية رغم ارتفاع المستوى الاقتصادي لها تجدها شديدة الحرص على إنجاب عدد أقل من الأطفال حتى لا تفقد المكانة الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع وتنزل دون المستوى (حالة الفقر).**

[1]- عدد خاص من خلية الإعلام لولاية سطيف: **إنجازات سطيف** "انجازات وتحديات في حجم طموحات"، د ط، د س، ص 16.

وفي أغلب الحالات وجدت أن **انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة الجزائرية عامة وللمرأة العاملة خاصة من شأنه أن يعمل على التقليل من عدد الأطفال ومن ثمة خفض معدلات الخصوبة وخاصة إذا كان المستوى الاقتصادي متوسط أو ضعيف في حالة حصول الزوجة أو الزوج على دخل متوسط أو ضعيف مما يجعلهما يفكران حتما في إنجاب طفلين أو ثلاثة فقط، وذلك بسبب تدهور وضعيتهما من حيث انخفاض الدخل أو عدم ملكية المسكن، أو مشكلات أخرى كتدهور صحة أحد الزوجين أو أحد الأطفال مما ينجر عنه انخفاض حقيقي لمعدلات الخصوبة لديهما.**

جدول رقم(19): ما الدافع الرئيسي من خروج المبحوثات للعمل

الفئات / البدائل	الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	مجموع التكرارات	%
الحاجة المادية	22	%40	28	%75.67	08	%100	58	%58
كسب مكانة اجتماعية	18	%32.72	05	%13.51	/	/	23	%23
حب العمل	15	%27.27	04	%10.81	/	/	19	%19
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

حسب ما توضح بيانات **الجدول رقم (19)** أن **أعلى نسبة** فيما يخص الدافع الرئيسي لخروج المرأة للعمل تمثل **58%** من إجمالي العاملات من خرجن من أجل **الحاجة المادية**، وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة**، و**75.67%** لدى **الموظفات**، و**40%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **23%** من صرحن أنهن خرجن من أجل كسب **مكانة اجتماعية في المجتمع**، وذلك بنسبة **32.72%** لدى **الأستاذات**، و**13.51%** لدى **الموظفات** تليها نسبة **19%** من خرجن **بدافع حب العمل**، وذلك بنسبة **27.27%** لدى **الأستاذات** و**10.81%** لدى **الموظفات**. وما يمكن قوله من خلال النسب الموضحة أن **أكثر من نصف العاملات** خرجن للعمل **بدافع اقتصادي** وخاصة بالنسبة **لعاملات النظافة والموظفات** وأيضا **الأستاذات** وذلك بسبب **تدني مستوى معيشتهن (دفع أقساط الإيجار وغلاء المعيشة وتزايد حاجيات الأسرة يوما بعد يوم)**، أما بالنسبة **لباقي العاملات** فخرجن **بدافع كسب مكانة اجتماعية في المجتمع وحب العمل** خاصة بالنسبة **للأستاذات** بصورة أكبر.

وأهم ما استنتجته أن **تدهور الوضع الاقتصادي للمرأة أو لأسرتها من شأنه أن يجعلها تفكر في التقليل من عدد أطفالها ومن ثمة مساهمته في خفض معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(20): قرار خروج المبحوثات للعمل والطرف المشارك في ذلك

الفئات / البدائل	الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	مجموع التكرارات	%
قرار شخصي	20	%36.36	02	%5.40	08	%100	30	%30
من طرف أسرتك الأولى	30	%54.54	25	%67.56	/	/	55	%55
مع الزوج	05	%09.09	10	%27.02	/	/	15	%15
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (20)** أنه توجد **نسبة أعلى** تمثل **55%** من إجمالي العاملات، من كان قرار خروجهن للعمل من طرف **أسرهن الأولى**، وذلك بهدف **مساعدة الأب في مصاريف الأسرة وتجهيز أنفسهن**، حيث تمثل نسبة **67.56%** لدى **الموظفات** و**54.54%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **30%** ممن خرجن عن **قرار شخصي**، وذلك بنسبة **100%** من طرف **عاملات النظافة** واللاتي صرحن أنه بعد **موت الزوج** أو **الطلاق مباشرة** خرجن للعمل **دون إذن أحد**، ونسبة **36.36%** من **الأستاذات** اللاتي صرحن أن خروجهن للعمل هو **قرار شخصي** منهن وذلك **بعد إكمالهن للدراسات العليا** كما ذكرت سابقا **وحبهن للعمل** وتطلعا في كسب **مكانة اجتماعية في المجتمع**، و**5.40% من الموظفات**، وهناك نسبة **15%** من **العاملات** من صرحن أن قرار خروجهن للعمل تم **مع الزوج** وذلك بنسبة **27.02%** لدى **الموظفات** وذلك بهدف **مساعدة الزوج على مصاريف الأسرة** (سد تكاليف الإيجار، تغطية الاحتياجات الثانوية للأسرة كشراء الأجهزة الكهرومنزلية: آلة غسل الملابس، المكيف...) ونسبة **09.09%** من **الأستاذات** بسبب **غلاء المعيشة**.

ما يمكن استنتاجه أن مشاركة أحد أطراف الأسرة أو الزوج في قرار خروج المرأة للعمل يعود إيجابا على معدلات الإنجاب، **حيث أن خروج المرأة للعمل يحتم عليها التقليل من عدد الأطفال حتى تستطيع التوفيق بين عملها داخل وخارج المنزل ومن ثمة يحدث انخفاض في معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(21): مدى كفاية الأجر أو عدمه لسد حاجيات الأسرة

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		مجموع التكرارات	%
		ك	%	ك	%	ك	%		
غير كاف	-دفع أقساط الإيجار	15	%27.27	10	%27.02	03	%37.5	28	%28
	- أعباء أخرى	10	%18.18	08	%21.62	05	%62.5	23	%23
مجموع غير كاف		25	%45.45	18	%48.64	08	%100	51	%51
كاف		30	%54.54	19	%51.35	/	/	49	%49
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (21)** مدى كفاية أجر العاملة أو عدمه لسد حاجيات الأسرة، حيث تبرز لغة الأرقام أنه توجد نسبة **51%** من صرحن عن **عدم كفاية أجرهن** حيث تمثل نسبة **28%** ممن يتحملن دفع أقساط الإيجار وذلك بنسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة** ونسبة **27.27%** لدى **الأستاذات** و**27.02%** لدى **الموظفات** تليها نسبة **23%** ممن صرحن عن وجود **أعباء أخرى** للأسرة كإقامة مشروع خاص، أو في حالة وجود مرض يتطلب معالجة بالخارج وغيرها وتوجد **نسبة 49%** من صرحن بأنه **كاف** وذلك بنسبة **54.54 %** لدى **الأستاذات** و**51.35%** لدى **الموظفات** وهذا ما يفسر بتحسن المستوى الاقتصادي لكلا من الأستاذات وبعض الموظفات.

لكن رغم ذلك يمكن القول **أن عدم كفاية أجر العاملة** أو **الزوجين** في **سد حاجيات الأسرة من مأكل وملبس وضروريات الحياة وخاصة في الجانب الصحي يجعلهما يفكران حتما في التقليل من**

عدد الأطفال وذلك بإنجاب طفل أو طفلين وتوفير الرعاية لهما والاهتمام بهما بشكل أفضل ومن ثمة يحدث **انخفاض في معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(22): الفرق بين قيمة أجر الزوجين

الفئات / الفرق بين قيمة الأجر	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		مجموع التكرارات	%
	ك	%	ك	%	ك	%		
أقل من أجر الزوج	12	%21.81	10	%27.02	/	/	22	%22
يساوى أجر الزوج	18	%32.72	22	%59.45	02	%25	42	%42
أكبر من أجر الزوج	25	%45.45	05	%13.51	06	%75	36	%36
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (22)** أنه توجد **نسبة 42%** من **إجمالي العاملات** من أجرهن يساوي أجر الزوج، وذلك بنسبة **59.45%** لدى **الموظفات، 32.72%** لدى **الأستاذات** و**25%** لدى **عاملات النظافة،** تليها نسبة **36%** ممن صرحن أن أجرهن أكبر من أجر الزوج بنسبة **75%** لدى **عاملات النظافة،** و45.45% لدى **الأستاذات** و**13.51%** لدى **الموظفات،** تليها نسبة **22%** ممن صرحن أن أجرهن أقل من أجر الزوج وذلك بنسبة **27.02%** لدى **الموظفات** و**21.81%** لدى **الأستاذات،** وهذا ما يفسر **أنه رغم تساوي أجر الزوجين خاصة بالنسبة للموظفات أو كبر أجرهن عن أجر الزوج من طرف بعض الأستاذات إلا أن ذلك لا يمنعهن من التفكير في التقليل من عدد الأطفال خاصة بعد غلاء المعيشة في الآونة الأخيرة وبهذا يمكن القول أن انخفاض المستوى الاقتصادي أو أجر أحد الزوجين من شأنه أن يساهم في خفض معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(23): مدى مساهمة الزوجة في مصاريف الأسرة

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	- الأجر كله	26	%47.27	29	%59.45	08	%100	56	%56
	- نصف الأجر	04	%07.27	08	%21.62	/	/	12	%12
	- جزء منه فقط	10	%18.18		%08.10			13	%13
المجموع لنعم		40	%72.72	03	%89.18	08	%100	81	%81
لا		15	%27.27	33	%10.81	/	/	19	%19
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (23)** أنه توجد نسبة أعلى تمثل **81%** من **إجمالي العاملات** اللاتي صرحن أنهن **يساهمن في مصاريف الأسرة** حيث تمثل نسبة **56%** ممن يساهمن **بالأجر كله** وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** بسبب موت الزوج أو الطلاق ونسبة **59.45%** لدى **الموظفات** و**47.27%** لدى **الأستاذات،** وهناك نسبة **13%** ممن يساهمن **بجزء منه فقط والجزء الآخر يحتفظن به لأنفسهن،** وذلك بنسبة **18.18%** لدى **الأستاذات** و**8.10%** لدى **الموظفات.** تليها نسبة **12%** من

يساهمن **بنصف الأجر** حيث تمثل نسبة **21.62%** لدى **الموظفات و7.27%** لدى **الأستاذات**، وهناك نسبة **19%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أنهن **لا يساهمن في مصاريف الأسرة** وذلك بنسبة **27.27%** لدى **الأستاذات و10.81%** لدى **الموظفات.**

وما يمكن استنتاجه **أن المرأة العاملة الجزائرية** كما ذكر سالفا من خلال **الجدول رقم (19)** كان خروجها للعمل **بدافع اقتصادي** وذلك من أجل **توفير ضروريات الحياة الأسرية** كما أنها تساهم في الغالب في **مصاريف الأسرة** وذلك على أساس **التعاون والتفاهم بين الزوجين**، وبالنظر **لغلاء المعيشة يضطر كلا من الزوجين** للتفكير مليا في **التقليل من عدد الأطفال** وخاصة إذا كان **مستواهم الاقتصادي لا يسمح بإضافة أطفال آخرين** ومن ثمة **تنخفض معدلات الإنجاب لديهما**، أي أن **انخفاض المستوى الاقتصادي للمرأة العاملة** يساهم في **خفض معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(24): رأي **المبحوثات حول مساهمة خروج المرأة للعمل في خفض عدد الولادات**

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
البدائل	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	51	%92.72	32	%86.48	06	%75	89	%89
لا	04	%07.27	05	%13.51	02	%25	11	%11
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (24)** أنه توجد نسبة أعلى تمثل **89%** من **إجمالي العاملات**، من صرحن أن خروجهن للعمل يساهم في **خفض عدد الولادات لديهن**، وذلك بنسبة **92.72%** لدى **الأستاذات** و**86.48%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **11%** من صرحن أن خروجهن للعمل **لا يساهم في خفض عدد الولادات** وذلك بنسبة **25%** لدى **عاملات النظافة و13.51% و7.27%** لدى **الموظفات والأستاذات** وذلك أن خروجهن للعمل لا يعيقهن عن إنجاب الأطفال أو التقليل من عدد الأطفال بقدر ما يعيقهن **تدهور المستوى الاقتصادي** لأسرهن وتدهور **ظروف عملهن وظروفهن الصحية خاصة.**

واستنتجت من خلال ما تم عرضه أن خروج المرأة للعمل بنسبة أعلى يساهم في خفض عدد الولادات ومن ثمة خفض معدلات الخصوبة وخاصة بالنسبة للموظفات اللاتي يعملن بالإدارة ومكوثهن بمكان العمل لساعات طويلة مما يتحتم عليهن التفكير في خفض عدد الولادات، ومن أجل المحافظة على صحتهن خاصة أنهن يتعبن كثيرا في العمل ليرجعن آخر النهار منهكات لا يستطعن حتى القيام بأشغال المنزل ورعاية الأطفال والزوج لولا توفر الأجهزة الكهرومنزلية لبعض الموظفات التي تخفف عنهن العبء الأكبر وهي أسباب كافية لخفض معدلات الإنجاب لديهن.

رابعا: تدهور ظروف عمل المرأة العاملة وأثره في خفض معدلات الخصوبة

جدول رقم(25): مدى رضى المبحوثات عن ظروف العمل السائدة في المؤسسة

البدائل / الفئات		الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	المجموع الكلي ك	المجموع الكلي %
لا	- انعدام الأجهزة الحديثة	/	/	14	%37.83	03	%37.5	17	%17
	- ضغوط العمل	15	%23.63	18	%48.64	05	%62.5	36	%36
	- سوء التنظيم	02	%03.63	05	%13.51	/	/	07	%07
	- انعدام شروط النظافة	10	%18.18	/	/	/	/	10	%10
المجموع لـــ: لا		25	%45.45	37	%100	08	%100	70	%70
نعم		30	%54.54	/	/	/	/	30	%30
المجموع		**55**	**%100**	**37**	**%100**	**08**	**%100**	**100**	**%100**

يوضح **الجدول رقم (25)** أنه توجد نسبة أعلى تمثل **70%** من إجمالي العاملات، من صرحن عن **عدم رضاهن** عن **ظروف عملهن داخل الجامعة**، وخاصة بالنسبة **للموظفات وعاملات النظافة** بنسبة **100%** وذلك بنسبة **36%** من صرحن **بلا** بسبب **ضغوط العمل** وخاصة المعروفة **بالإدارة الجزائرية** ونسبة **17%** من صرحن **بلا لعدم توفر الأجهزة الحديثة**، إضافة إلى نسبة **10%** و**7%** من أجبن **بلا لسوء التنظيم وانعدام شروط النظافة** خاصة لدى **الموظفات ببعض الإدارات** أما بالنسبة لمن صرحن عن **رضاهن عن ظروف عملهن** توجد نسبة **30%** من **إجمالي العاملات** تتركز تلك النسبة لدى **الأستاذات** بحيث تمثل **54.54%** وهذا ما يفسر أنه رغم **تدهور ظروف العمل** داخل المؤسسة الجامعية وخاصة بالنسبة **للموظفات وعاملات النظافة** إلا أن هناك من يرى العكس وذلك **بنسبة ضئيلة** لدى الأستاذات ببعض الأقسام والكليات المنجزة حديثا والمجهزة بالأجهزة الحديثة من مكبرات الصوت، ووسائل حديثة في التحكم عكس بعض الكليات التي تنعدم بها تلك التجهيزات.

ومن هنا يمكن القول أن تدهور ظروف عمل المرأة العاملة من شأنه أن يجعلها تفكر في خفض عدد الولادات خاصة أنها تتعرض لضغوطات في العمل ومشكلات مع أرباب العمل مما ينعكس سلبا على حياتها الأسرية والزوجية فتلجأ إلى خفض معدلات الإنجاب لديها حتى تخفف من الضغط الذي يلحقها من كثرة الأطفال وعبء العمل. وبهذا تلجأ إلى تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات لتنجب عددا أقل من الأطفال في حدود طفلين إلى 04 أطفال حتى تتمكن من التوفيق بين عملها وشؤونها المنزلية وبهذا تنخفض معدلات الخصوبة.

جدول رقم(26): كيفية معاملة أصحاب القرار للمبحوثات داخل مكان العمل

الإجابة / الفئات	الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	المجموع الكلي ك	المجموع الكلي %
طيبة	55	%100	17	%45.94	00	%/	72	%72
سيئة	/	/	20	%54.05	08	%100	28	%28
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم** (26) انه توجد نسبة **10%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أنهن يتلقين **معاملة طيبة** من طرف المسؤولين وأصحاب القرار، وخاصة **الأستاذات** بنسبة **100%** و**الموظفات** بنسبة **45.94%**، وهناك نسبة **10%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أنهن يتلقين **معاملة سيئة** خاصة بالنسبة **لعاملات النظافة** حيث تمثل نسبة **100%** وذلك بالنظر لشساعة المكان والعمل الكثير والتعب دون الحصول على أجر ملائم لذلك، وأحيانا تغيب بعض **عاملات النظافة** بسبب إصابتهن ببعض الأمراض المزمنة حيث وجدت **حالتين مصابتين** بروماتيزم في العظام إلا أن ظروف معيشتهن حتمت عليهما العمل، وأيضا توجد نسبة **54.05%** من **الموظفات** اللاتي يتلقين **معاملة سيئة** وذلك بحجة عدم إنجازهن للعمل في الوقت المحدد، وتفضيل بعض الموظفات عن الأخريات من حيث المعاملة. وهذا ما يثير في أنفسهن نوعا من الضجر والتوتر النفسي الذي يعود سلبا على حياتهن الأسرية وما يترتب عن المعاملة السيئة أن تعكس على أفراد أسرة العاملة حيث لا تتحكم في أعصابها في الغالب تصبح شرسة في معاملتها مع الزوج وأطفالها.

وبهذا يمكن القول أن **المعاملة السيئة** من طرف **المسؤولين للمرأة العاملة** من شأنه أن **يجعلها تفكر في خفض عدد الولادات**، وذلك تجنبا لحدوث **مشكلات أخرى** بسبب **كثرة الأطفال ومشكلات العمل الكثيرة** وأحيانا تصبح **حياتها مهددة بالخطر** وخاصة في حالة **فشلها في التوفيق بين عملها وشؤونها المنزلية**. فيصبح **الحل** أمامها هو **إنجاب طفل أو طفلين فقط** من أجل **توفير الرعاية الكافية لهما وتتمكن من تحقيق التوفيق بين أمورها المهنية والأسرية**. أي أن **المعاملة السيئة للمرأة العاملة** تقتضي منها **خفض معدلات الإنجاب** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة**

جدول رقم(27): مدى تعرض المبحوثات لعقوبات من طرف إدارة المؤسسة

البدائل \ الفئات		الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	المجموع الكلي ك	المجموع الكلي %
نعم	- كثرة التغيب	03	%05.45	10	%27.02	05	%62.5	18	%18
	- قلة الانضباط	02	%03.63	07	%18.91	03	%37.5	12	%12
	- أخطاء العمل المتكررة	/	/	03	%08.10	/	/	03	%03
المجموع لـــ: نعم		05	%09.09	20	%100	08	%100	33	%33
لا		50	%90.90	17	%45.94	/	/	67	%67
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم** (27) أنه توجد نسبة **67%** من **إجمالي العاملات** من أجبن **بلا** أي **عدم تعرضهن لعقوبات من طرف المؤسسة الجامعية**، وذلك بنسبة **90.90%** لدى **الأستاذات** ونسبة **45.94%** لدى **الموظفات** وهذا ما يفسر **بمدى انضباط تلك العاملات وإنجازهن للعمل وفق الشروط المعمول بها داخل المؤسسة**، وعلى العكس من ذلك نجد نسبة **33%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أنهن **تعرضن لعقوبات** لأسباب مختلفة، حيث تمثل نسبة **18%** من إجمالي تلك النسبة صرحن عن

كثرة تغيبهن بسبب **مرض أطفالهن أو مرضهن أحيانا**، وذلك بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة**، ونسبة **27.02%** لدى **الموظفات**، و**5.45%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **12%** من هؤلاء صرحن عن **قلة انضباطهن** بسبب **قلة المواصلات وبعد مكان العمل، وإقامتهن خارج المدينة**، خاصة بالنسبة **لعاملات النظافة** بنسبة **37.3%** و**الموظفات** بنسبة **18.91%** و**الأستاذات** بنسبة **3.63%** وتليها نسبة ضئيلة **بـ 3%** من هؤلاء صرحن **بنعم** بسبب وقوعهن **بأخطاء عمل متكررة**، وذلك لدى **الموظفات** بنسبة **8.10%** وهذا ما يفسر بوضوح عدم تجسيد فكرة وضع "**الرجل المناسب في المكان المناسب**" أي أن هناك عاملات لا يتوفرن على أدنى الشروط للقيام ببعض المهام الإدارية – بتحفظ- وهذا ما يتطلب إعادة مراجعة تكوين هؤلاء عن طريق تربصات في المستوى المطلوب، أي **أن تعرض المرأة العاملة لعقوبات** يترتب عنه **ضغوطات نفسية وتوتر** يجعلها تفكر في **الاستقالة** أو محاولة العثور على **عمل آخر يتلاءم وطبيعتها الحساسة** وأحيانا تحاول **تقبل ذلك لظروف قاهرة** لكنها تفكر مليا في **التخلص من مشكلاتها في العمل** وذلك **بخفض عدد أطفالها** لتتمكن **من التفرغ للعمل أكثر وتطلب من المسؤولين محاولة إعطاءها فرصة أخرى تثبت فيها جدارتها للقيام بالعمل الموكل لها**. ويتحقق ذلك بعد حصولها على **تربص يساعدها في فهم نوع وطبيعة العمل الإداري** لأنه من المعروف **أن القاضي لا يمكنه أن يؤدي مهمة المهندس المعماري. لكل شخص عمله الخاص حسب تخصص دراسته أو تكوينه وهذا ما لم يتحقق لحد الآن.**

جدول رقم(28): مدى مناسبة أوقات العمل للمبحوثات كونهن ربات بيوت

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
الإجابة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مناسبة	45	%81.81	02	%05.40	/	/	47	%47
غير مناسبة	10	%18.18	35	%94.59	08	%100	53	%53
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (28)** أنه توجد **53%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **عدم مناسبة أوقات العمل** لديهن كونهن ربات بيوت وأمهات لأطفال، وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** و**94.59%** لدى **الموظفات**، و**18.18%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **47%** من إجمالي العاملات من صرحن أن أوقات العمل **مناسبة** لهن، حيث تمثل نسبة **81.81%** لدى **الأستاذات**، وذلك أنهن يعملن في **أوقات محددة** مراعاة **لظروفهن الخاصة** من طرف **الإدارة**، وأغلبيتهن لم ينجبن عددا كبيرا من الأطفال وبعضا منهن حديثي الزواج وهن في الأشهر الأولى للحمل، وتوجد نسبة **5.40%** من **الموظفات** من صرحن أنها **مناسبة** وذلك أنهن حديثي الزواج أي هن في مرحلة الحمل الأول.

ومن هنا يمكن القول أن **عدم مناسبة أوقات العمل للمرأة العاملة** يجعلها **تفكر** في **التقليل من عدد الولادات**، وذلك ما وجدته **بكثرة** لدى **الموظفات** بالنظر **لطول ساعات العمل وبعد مكان العمل**

أحيانا كما ذكرت سالفا في **الجدول** رقم **(27)** وبهذا تصبح **معدلات الإنجاب منخفضة لدى المرأة العاملة بالإدارة** ومن ثمة **تنخفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط الحضري**.

جدول رقم(29): رأي المبحوثات حول تأثير طبيعة عملهن على إقناعهن بخفض عدد الولادات

الفئات / الإجابة	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	40	%72.72	36	%97.29	/	/	76	%76
لا	15	%27.27	01	%01.81	08	%100	24	%24
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (29)** أنه توجد نسبة أعلى من العاملات من صرحن أن **طبيعة عملهن** تحتم عليهن **خفض عدد الولادات مستقبلا**، حيث تمثل **76%** من إجمالي العاملات أجبن **بنعم**، وذلك بنسبة **97.29%** لدى **الموظفات** و**72.72%** لدى **الأستاذات**، وهذا ما يفسر مدى ارتباط **ارتفاع المستوى التعليمي لأحد الزوجين** وخاصة **المرأة العاملة بالتفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال**، وأيضا بالنسبة **لطبيعة العمل الشاقة** التي تتطلب **الجهد الفكري والبدني** بالنسبة **للموظفات** بالإدارة الجامعية، **وساعات العمل الطويلة والتنقل بين مكاتب العمل الكثيرة**، مما يجعلها تنجب في **حدود طفلين**، حتى تستطيع **التوفيق بين عملها وأمورها المنزلية**. وتوجد نسبة **24%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أن طبيعة عملهن **لا تؤثر في خفض عدد الولادات**، وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** خاصة أن أغلبيتهن **مطلقات وأرامل**، ونسبة **27.27%**لدى **الأستاذات** من يرين أن طبيعة عملهن **لا يؤثر في خفض عدد الولادات** بقدر ما **تؤثر تدهور ظروفهن الصحية**، وبنسبة **1.81%** لدى **الموظفات** ممن يرجعن **خفضهن لعدد الولادات** إلى **تدهور ظروف معيشتهن** بسبب **غلاء الأسعار** و**دفع أقساط الإيجار** وأسباب أخرى. وبهذا يمكن القول **أن طبيعة عمل المرأة العاملة وخاصة الموظفات بالإدارة الجامعية وبعض الأستاذات أحيانا تحتم عليهن خفض عدد الولادات مستقبلا ومن ثمة يحدث خفض في معدلات الخصوبة خاصة في الوسط الحضري الذي يعرف المزيد من المشكلات اليومية المتزايدة كغلاء الأسعار وصعوبة الحصول على مسكن وعمل ملائم وتدهور الظروف الاقتصادية لبعض الأسر الجزائرية.**

جدول رقم(30): طول مدة العمل للمبحوثات وأثره على رعاية الزوج والأبناء

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	- الاستقالة من العمل	/	/	02	%05.40	/	/	02	%02
	- البحث عن عمل مناسب	/	/	08	%21.62	/	/	08	%08
	- إرسال أطفالك إلى رياض الأطفال	10	%18.18	18	%48.64	/	/	28	%28
	- أخرى تذكر	05	%09.09	02	%05.40	08	%100	07	%07
المجموع لـ: نعم		15	%27.27	30	%81.10	08	%100	53	%53
لا		40	%72.72	07	%18.91	/	/	47	%47
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (30)** أنه توجد نسبة **53%** من **إجمالي العاملات** اللاتي صرحن أن مكوثهن **لساعات طويلة بمكان العمل** له **تأثير سلبي** على **رعاية الزوج والأبناء**، حيث تمثل نسبة **28%** ممن صرحن أنهن **يبعثن أطفالهن** إلى **رياض الأطفال**، وذلك بنسبة **48.64%** **لدى الموظفات** ونسبة **18.18%** لدى **الأستاذات** وتوجد نسب **8%** و**7%** و**2%** من أجبن **بنعم** حيث صرحن عن تفكيرهن في **البحث عن عمل آخر** أو **المكوث بالمنزل** متى **تحسنت وضعيتهن الاقتصادية والتفكير في الاستقالة من العمل**، وتوجد نسبة **47%** من **إجمالي العاملات** اللاتي صرحن أن مكوثهن **لساعات طويلة بالعمل لا يؤثر على رعاية الزوج والأبناء** وذلك بنسبة **72.72%** لدى **الأستاذات** خاصة أنهن يعملن في مدة **يومين أو ثلاثة أيام فقط** أي لديهن **الوقت الكافي لرعاية الزوج والأبناء** وبعض منهن لديهن أطفال **كبار إناث وذكور** يقمن **برعاية إخوتهن الصغار**، إضافة إلى **مساعدة أهل الزوج** (أم الزوج) أو **أهل الزوجة** – في الغالب– في **رعاية صغار الأستاذات**، ونسبة **18.79%** من **الموظفات** من لديهن **أحد أفراد أسرهن** يعملن على **مساعدتهن وقت غيابهن عن المنزل وتوفر الأجهزة الكهرومنزلية** التي تختصر **الجهد والوقت** إضافة إلى **مساعدة أزواجهن** في بعض الأحيان وهذا مالا نجده عند البعض الآخر من الأزواج الذين لا يقيمون عمل المرأة ويعتبرونه عمل زائد عن الحاجة لكن على العكس حسب ما وضحته في الفصول النظرية أن **عمل المرأة أصبح ضرورة ملحة تقتضيها حاجيات الأسرة المتزايدة وأيضا التعاون على تشكيل أسرة من زوجين عاملين أفضل بكثير من عدم عمل الزوجة وذلك لما لها من إيجابيات على المجتمع ككل والأسرة وأفرادها بوجه خاص.**

وبهذا يمكن القول أن **مكوث المرأة العاملة بمكان العمل لساعات طويلة** وخاصة بالنسبة **للموظفات بالإدارة الجامعية** يؤثر **سلبا على حياتهن الأسرية** من حيث **رعاية الزوج والأبناء** وخاصة **إذا كان لديهن أبناء صغار السن** ومن هنا يتضح **أن تدهور ظروف عمل المرأة العاملة وخاصة بالنسبة للموظفات تدفعهن حتما أن يفكرن في خفض عدد الولادات مستقبلا من ثمة تنخفض معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(31): نوع الوسيلة المستخدمة للتنقل إلى مكان العمل

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
البدائل	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سيارة خاصة	05	%09.09	01	%02.70	/	/	06	%06
سيارة أجرة	08	%14.54	02	%05.40	/	/	10	%10
حافلة النقل الحضري	24	%43.63	28	%75.67	05	%62.5	57	%57
حافلة نقل الطلبة	18	%32.72	06	%16.21	03	%37.5	27	%27
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (31)** أنه توجد نسبة **57%** من **إجمالي العاملات** من **يتنقلن** إلى **مكان العمل** عبر **حافلة النقل الحضري**، وذلك بنسبة **75.67%** لدى **الموظفات** و**62.5%** لدى **عاملات النظافة**

و**43.63%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **27%** من **إجمالي العاملات** من يتنقلن بواسطة **حافلة نقل الطلبة**، وذلك بنسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة**، **32.72%** لدى **الأستاذات**، و**16.21%** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **10%** من **إجمالي العاملات** من يتنقلن بواسطة **سيارة أجرة** وذلك بنسبة **14.54%** لدى **الأستاذات** و**5.40%** لدى **الموظفات**، تليها **06%** من **إجمالي العاملات** من يتنقلن بواسطة **سيارة خاصة** وذلك بنسبة **9.09%** لدى **الأستاذات** و**2.70%** لدى **الموظفات**. وهذا ما يفسر **بتدهور المستوى الاقتصادي** لكافة العاملات حيث توجد **أعلى نسبة** ممن يتنقلن بواسطة **النقل الحضري** تليها **نقل الطلبة** وأحيانا بواسطة **سيارة أجرة** من طرف **الأستاذات** في حالة تأخرهن عن العمل، **ونسبة ضئيلة** ممن يتنقلن بواسطة **سيارة خاصة** في حدود بعض **الأستاذات وموظفة فقط**.

وبهذا يمكن **القول أن وسيلة التنقل إلى مكان العمل هي إحدى ظروف العمل المتدهورة التي تزيد من الضغوطات النفسية لدى المرأة العاملة وذلك يؤثر سلبا على قيامها بالعمل وحتى على عودتها منهكة إلى المنزل الذي ينتظر الكثير من الأشغال يوميا وبهذا تصاب بتوتر الأعصاب مما يترتب عن ذلك المعاملة السيئة لأطفالها وزوجها أين تصبح حياتها مهددة بالتفكك الأسري وأحيانا الطلاق.**

جدول رقم(32): المشكلات التي تتعرض لها المبحوثات باستمرار في حياتهن الزوجية والعملية

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
نوع المشكلات	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشكلات اقتصادية	05	%09.09	30	%81.08	06	%75	41	%41
مشكلات اجتماعية	22	%40	04	%10.81	/	/	26	%26
مشكلات نفسية	08	%14.54	01	%02.70	/	/	09	%09
مشكلات صحية	20	%36.36	02	%05.40	02	%25	24	%24
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (32)** أنه توجد نسبة **41%** من **إجمالي العاملات** من تعرضن **لمشكلات اقتصادية** خاصة بالنسبة **للموظفات** حيث تمثل نسبة **81.08%** يساهمن في **دفع أقساط الإيجار** أو **دفع تكاليف الأدوية الباهظة** في حالة **مرض أحد أفراد الأسرة** بمرض مزمن أو خطير، ونسبة **75%** من **عاملات النظافة** من يصرفن على أسرهن بسبب **موت الزوج** أو بسبب حدوث **طلاق** حيث يعملن على مساعدة **الأب** على **تكاليف الأسرة** خاصة إذا كان لديهن **أطفال ويعشن في نفس المنزل**. أما نسبة **9.09%** من **الأستاذات** يساهمن في **دفع أقساط الإيجار** أو **تسديد ديون سابقة للأسرة**، أو **شراء سيارة بالتقسيط**، تليها نسبة **26%** من **إجمالي العاملات** من يتعرضن **لمشكلات اجتماعية** وذلك بنسبة **40%** لدى **الأستاذات**، و**10.81%** لدى **الموظفات** حيث صرحن أن أغلب تلك المشكلات هي **مشكلات أسرية** بين **أهل الزوج والزوجة** أو **بين الزوجين** في حالة **عدم التفاهم بينهما** أو **محاولة سيطرة أحدهما على الآخر**، تليها نسبة **24%** من **إجمالي العاملات** اللاتي صرحن أنهن يتعرضن **لمشكلات صحية** خاصة

بالنسبة **للأستاذات** بنسبة **36.36%** بسبب **عدم انتظامهن في الأكل** مما ينجم عن ذلك ظهور **مرض فقر الدم** لدى بعضهن وأيضا ظهور بعض الأمراض **كارتفاع ضغط الدم، السمنة المفرطة** بسبب **تناول حبوب منع الحمل، ارتفاع نسبة الكولسترول، الذبحة الصدرية**[1]. وأيضا بالنسبة **لعاملات النظافة** بنسبة **25%** من يعانين من نفس **المشكلات الصحية** إضافة إلى **مرض الروماتيزم والتهاب المفاصل ومرض السكر أو مرض القلب**، ونسبة **5.40%** من **الموظفات** من يعانين من نفس **المشكلات الصحية**، تأتي في مؤخرتها نسبة **9%** من **إجمالي العاملات** من يتعرضن بكثرة **لمشكلات نفسية** وذلك بنسبة **14.54%** لدى **الأستاذات** و**2.70%** لدى **الموظفات** وأبرز تلك المشكلات **القلق والتوتر الشديد الاكتئاب والضغط النفسي** وذلك بسبب تزايد أعباء الأسرة وشعور العاملة بعدم توفيقها بين العمل وأمور المنزل ووجدت **حالة خاصة** مصابة بمرض نفسي نتيجة عدم إنجابها للأطفال وذلك لعجز جنسي من طرف الزوج. وبهذا يمكن القول أن **المشكلات الاقتصادية** تأتي في **مقدمة** تلك **المشكلات** تليها **الاجتماعية** ثم **الصحية** وفي مؤخرتها **النفسية** وهذا ما يؤكد أن **تدهور الوضع الاقتصادي للمرأة العاملة أو لأسرتها** يساهم إلى **حد بعيد** في **خفض عدد الولادات** ومن ثمة **انخفاض معدلات الخصوبة**.

جدول رقم(33): رأي المبحوثات حول تأثير المشكلات في خفض عدد الولادات مستقبلا

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
البدائل	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	50	%90.90	35	%94.59	08	%100	81	%81
لا	05	%09.09	02	%05.40	/	/	19	%19
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (33)** أنه توجد **نسبة أعلى** من **العاملات** من صرحن أن **المشكلات** اللاتي تعرضن لها كانت **سببا كافي** في **إقناعهن بخفض عدد الولادات مستقبلا**، وفي مقدمتها **المشكلات الاقتصادية** حيث تمثل نسبة **81%** من **إجمالي العاملات** من أجبن **بنعم** وذلك بنسبة **94.59%** لدى **الموظفات** و**90.90%** لدى **الأستاذات**، وهذا ما يفسر عن مدى الارتباط السببي بين تعرض تلك **العاملات** لمشكلات عديدة ومساهمتها في **خفض عدد الولادات**، وتوجد **نسبة قليلة** من **إجمالي العاملات** تمثل **19%** من صرحن أن تلك المشكلات **لا تؤثر في خفض عدد الولادات**.

وبهذا يمكن القول **أن المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والصحية خاصة تؤثر بشكل فعال في خفض عدد ولادات المرأة العاملة ومن ثمة خفض معدلات الخصوبة مستقبلا وخاصة في الوسط الحضري الذي يعرف المزيد من الأعباء المتزايدة يوما بعد يوم.**

[1]– طارق كمال: **الصحة النفسية للمرأة**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، د ط، 2007، ص ص 153– 162.

خامسا: تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة وأثرها في خفض معدلات الخصوبة

جدول رقم(34): الحالة الصحية للمبحوثات

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة	25	%45.45	08	%21.62	/	/	33	%33
متوسطة	19	%34.54	22	%59.45	/	/	41	%41
سيئة	11	%20	07	%18.91	08	%100	20	%20
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (34)** أنه توجد نسبة **41%** من **إجمالي العاملات** من صرحن بأن حالتهن الصحية **متوسطة**، حيث توجد نسبة **59.45%** من **إجمالي الموظفات**، و**34.54%** من **إجمالي الأستاذات**، تليها نسبة 33% من **إجمالي العاملات** من صرحن بأن حالتهن الصحية **جيدة**، حيث توجد **أعلى نسبة** تمثل بـــ **45.45%** من **إجمالي الأستاذات**، و**21.62%** من **إجمالي الموظفات**، تليها نسبة **20%** من **إجمالي العاملات** من صرحن بأن حالتهن الصحية **سيئة**، حيث توجد **نسبة أعلى** تمثل **100%** لدى **عاملات النظافة**، و**20%** لدى **الأستاذات** و**18.91%** لدى **الموظفات**.

استنتجت من خلال النسب الواردة في الجدول أنه عند جمع النسب (**41%** و**20%**) ممن حالتهن الصحية **متوسطة وسيئة** نتحصل على **61%** وهذا ما يبرز بوضوح **مدى تدهور الحالة الصحية للمبحوثات** وخاصة لدى **عاملات النظافة** بنسبة **100%** وبنسبة **59.45%** لدى **الموظفات**. وبهذا يمكن القول أن **تدهور الحالة الصحية للمرأة العاملة بسبب تدهور ظروف عملها وإرهاقها في العمل** من شأنه أن **يجعلها تفكر في إنجاب عد أقل من الأطفال** ومن ثمة **تنخفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط الحضري** الذي يعرف المزيد من **أمراض العصر المعروفة** في الآونة الأخيرة.

جدول رقم(35): المدة الفاصلة بين الزواج وأول ولادة لدى المبحوثات

الفئات / المدة الفاصلة	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سنة واحدة	01	%03.63	08	%21.62	06	%75	15	%15
سنتين	06	%27.72	05	%13.51	02	%25	13	%13
03 سنوات	38	%69.09	02	%05.40	/	/	40	%40
04سنوات فأكثر	10	%18.18	22	%59.45	/	/	32	%32
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (35)** أنه توجد نسبة **40%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أن المدة الفاصلة بين زواجهن وأول ولادة كانت **03 سنوات**، وذلك بنسبة كبيرة حيث تمثل **69.09%** لدى **الأستاذات** ونسبة **5.40%** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **32%** ممن صرحن أن المدة الفاصلة كانت **04 سنوات تقريبا** وذلك يرجع ربما إلى **عجز أحد الزوجين** أو **سبب آخر**، وذلك بنسبة **59.45%** لدى

الموظفات ونسبة **18.18%** لدى **الأستاذات**، تليها **15%** من صرحن أن المدة الفاصلة كانت **بسنة واحدة**، حيث توجد **أعلى نسبة** لدى **عاملات النظافة** تمثل **75%** ونسبة **21.62%** لدى **الموظفات**، **ونسبة ضئيلة** لدى **الأستاذات** تمثل **3.63%**، تليها نسبة **13%** ممن صرحن بأن تلك المدة كانت **سنتين تقريبا**، وذلك بنسبة **25%** لدى **عاملات النظافة**، و**27.72%** لدى **الأستاذات**، و**13.51%** لدى **الموظفات** وذلك يوضح **مدى تأثير المستوى التعليمي للزوجة في إنجاب الطفل الأول**.

وما يمكن استنتاجه من خلال تلك النسب الموضحة بالجدول أنه عند جمع النسب (**40%** و**32%**) نتحصل على **72%** من **إجمالي العاملات** من كانت لديهن المدة الفاصلة بين الزواج وأول ولادة في حدود **03 إلى 04 سنوات** تقريبا وذلك ما يبرز بوضوح **مدى تأثير ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة ومساهمته في تأخر إنجاب الطفل الأول**، وأيضا ربما يرجع إلى عوامل أخرى **كمرض إحدى الزوجين** أو **تأخر الإنجاب بفطرة من الله. أو تفكير الزوجين في تأخير الإنجاب** إلى أن **تتحسن وضعيتهم المادية** وأسباب أخرى لم تذكر(مثلا حتى يكبر الطفل الأول في أحسن الظروف ليأتي بعده الثاني). وبهذا يمكن القول **أن تأخير المدة الفاصلة بين الزواج وأول ولادة يمكن أن تساهم بقدر كافي في خفض معدلات الإنجاب ومن ثمة تنخفض معدلات الخصوبة خاصة في الوسط الحضري**.

جدول رقم(36): رأي المبحوثات حول أعراض الحمل المتكررة

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
ثقل في أسفل البطن	55	%26.31	37	%18.68	04	%10	76	%18.67
صعوبة التحكم في التبول	55	%26.31	37	%18.68	08	%20	80	%19.65
ألم في الظهر والمفاصل	30	%14.35	35	%17.67	08	%20	73	%17.93
الم في الصدر والثديين	20	%09.56	28	%14.14	06	%15	54	%13.26
غثيان وتقيؤ متواصل	18	%08.61	10	%05.05	02	%05	30	%07.37
وهن اليدين والرجلين	05	%02.39	12	%06.06	05	%12.5	22	%05.40
أرق متواصل	10	%04.78	07	%03.53	/	/	17	%04.17
صداع شديد	16	%07.65	32	%16.16	07	%17.5	55	%13.51
المجموع	209	%100	198	%100	40	%100	407	%100

يوضح **الجدول رقم (36)** أنه توجد نسبة **19.65%** من **إجمالي العاملات** من يعانين من صعوبة التحكم في التبول أثناء الحمل تليها نسبة **18.67%** ممن يعانين من ثقل في أسفل البطن و**17.93%** ممن يعانين من آلام في الظهر والمفاصل وتوجد نسبة **13.51%** و**13.26%** ممن يعانين من صداع شديد وألم في الصدر والثديين وهي **أعراض الحمل** المعروفة لدى النساء بصفة عامة، إضافة إلى نسبة **7.37%** و**5.40%** و**4.17%** ممن يعانين من **أعراض أخرى** تقيؤ شديد، ووهن باليدين والرجلين، وأرق متواصل.

استنتجت الباحثة من خلال النسب- سالفة الذكر- أن أبرز أعراض الحمل التي تعانيها المرأة الجزائرية عامة والمرأة العاملة خاصة حسب تكرارها هي كالتالي: **صعوبة التحكم في التبول، ثقل في أسفل البطن، ألم في الظهر والمفاصل، صداع شديد، ألم في الصدر والثديين**، إضافة إلى أعراض أخرى تظهر عند أغلب الحوامل **كالغثيان والتقيؤ المستمر منذ فترة** "**الوحم**" **إلى الشهر الثامن تقريبا** وأيضا **وهن اليدين والرجلين** الذي يصيب **المرأة الحامل** خاصة في **الشهر السابع**، حسب ما صرحت به **بعض العاملات**، والذي يرجع في الغالب إلى **العمل الكثير وعدم الراحة**، وكذلك **الأرق المتواصل** الذي تعانيه **بعض العاملات** بسبب **كثرة الأعباء المنزلية والمهنية** وأحيانا **التوتر والقلق** نتيجة **أعراض الحمل** والتفكير **بعملية الوضع الصعبة** التي **تشوش تفكير المرأة الحامل** خاصة في **نهاية الشهر الثامن وبداية الشهر التاسع** (مرحلة الوضع).

ومن هنا يمكن القول أن **نتيجة زيادة مخاطر أعراض الحمل** خاصة **إصابة الحامل بمرض فقر الدم، وارتفاع ضغط الدم، والالتهابات في المسالك البولية، وآلام الحوض منذ فترة الوحم إلى فترة الوضع ......وغيرها، وعليه أصبحت المرأة عامة والمرأة العاملة خاصة تفكر في إنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة تجنبا لتلك الأعراض ومن ثمة يحدث خفض في معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(37): الوضعية الحالية للمبحوثات (وجود حمل أولا)

الفئات	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
البدائل	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	07	%12.72	05	%13.51	/	/	12	%12
لا	48	%87.27	32	%86.48	08	%100	88	%88
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (37)** أنه توجد **أعلى نسبة** من **إجمالي العاملات** التي تمثل **78%** ممن صرحن عن **عدم وجود حمل حاليا**، وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** بسبب **الترمل أو الطلاق** وبنسبة **87.27%** لدى **الأستاذات**، ونسبة **86.48%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **22%** من **إجمالي العاملات** من أجبن بأنهن في **مرحلة الحمل بين شهرين إلى الشهر التاسع**، وذلك بنسبة **13.51%** لدى **الموظفات** و**12.72%** لدى **الأستاذات** وذلك بالنسبة **للمتزوجات منذ فترة قصيرة**.

واستنتجت من خلال النسب الموضحة في الجدول أن **نسبة كبيرة** من **المبحوثات** من صرحن عن **عدم وجود حمل** وهذا ما يفيد الدراسة الراهنة على أن هناك **بعض العاملات** قد وصلن إلى **مرحلة الخصوبة النهائية وبعضا منهن** قد أنجبن في حدود **طفل إلى 03 أطفال ولا يرغبن في إنجاب المزيد** وتوجد **بعض العاملات** منهن من **لازالت تنتظر إلى حد الآن لتنجب لأن مشيئة الله أرادت بها أن لا تنجب بعد**، وبهذا يمكن القول **أن** وجود **نسبة عالية** من **المبحوثات** أجبن **بلا (أي عدم وجود حمل)** مما يساهم في **خفض عدد الولادات المنجبة مستقبلا** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط**

الحضري الذي يعرف المزيد من **المشكلات والأمراض العصرية** التي باتت تهدد **حياة الأمهات والأطفال** رغم التطور المستمر في **المجال الطبي**.

جدول رقم(38): رغبة المبحوثات في الحمل الأخير أوعدمها وسبب ذلك

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا	- لم أكن أرغب في الإنجاب الكثير	03	%05.45	02	%05.40	05	%62.5	10	%10
	- أريد الانتظار	08	%14.54	07	%18.91	/	/	15	%15
المجموع لـ: لا (عدم الرغبة)		11	%20	09	%24.32	05	%62.5	25	%25
نعم (الرغبة)		44	%80	28	%35.67	03	%37.5	75	%75
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (38)** أنه توجد **أعلى نسبة** من **إجمالي المبحوثات** من أجبن **بنعم** وذلك تعبيرا عن **رغبتهن في الحمل الأخير**، حيث توجد نسبة **80%** لدى **الأستاذات و75.67%** لدى **الموظفات و37.5%** لدى **عاملات النظافة**، كما توجد نسبة **25%** ممن أجبن **بلا** (أي عدم رغبتهن في الحمل الأخير) وذلك وفقا لعاملين حيث تمثل نسبة **15%** ممن أجبن **بلا** كن **يردن الانتظار لفترة أطول**، وذلك بنسبة **18.11%** لدى **الموظفات** و**14.54%** لدى **الأستاذات**، وأيضا توجد نسبة **10%** ممن أجبن **بلا** حيث صرحن عن **عدم رغبتهن في الإنجاب الكثير** وذلك **بنسبة كبيرة** لدى **عاملات النظافة** حيث تمثل النسبة **62.5%** و**5.45%** و**5.40%** لدى **الأستاذات والموظفات**.

استنتجت من خلال النسب- **سالفة الذكر**- أن هناك **نسبة كبيرة** تمثل **(75بالمئة)** من **إجمالي العاملات يرغبن بالحمل الأخير** وخاصة بالنسبة **للأستاذات والموظفات** وذلك ما يفسر ببروز **ظاهرة أخرى** هي **تأخر سن الزواج** لديهن إضافة إلى **التفكير في إنجاب عدد اقل من الأطفال** وذلك **بإتباع تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات لفترة أطول للمحافظة على صحتهن وصحة أطفالهن** ومن أجل **توفير الرعاية الكافية وسد كل متطلبات ذلك العدد القليل** (طفلين إلى 03 أطفال) وهناك **1/3 إجمالي العاملات** بنسبة **(25 بالمئة)** صرحن عن **عدم رغبتهن بالحمل الأخير** حيث كانت **بعضهن** تريد **الانتظار لفترة أطول** حتى **تتحسن وضعيتهن المادية والحصول على مسكن منفرد**، وأيضا حتى **يكبر الطفل الأول في أحسن الظروف**. والبعض الآخر **لم يكن يرغبن في الإنجاب الكثير** وذلك **بنسبة كبيرة** لدى **عاملات النظافة** بسبب **تدهور ظروفهن المعيشية والصحية وانخفاض دخلهن أو عدمه** خاصة في حالة **عجز الزوج** أو **إصابته بعاهة**، إضافة إلى **بعض الموظفات والأستاذات**.

ومن هنا يمكن القول أنه رغم وجود **نسبة أعلى** من **المبحوثات يرغبن في إنجاب الطفل الأخير** وذلك يفسر **بتأخر سن زواجهن** وأحيانا **طول الفترة بين الزواج وإنجاب الطفل الأول**، وعلى العكس من ذلك توجد **نسبة قليلة** ممن **لا يرغبن في إنجاب الطفل الأخير** لأسباب - **سالفة الذكر**- وهذا كله يسهم في **خفض عدد الولادات** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط الحضري**.

جدول رقم(39): قيام المبحوثات بإجراء أشعة على الثديين وقيمة تكاليفها

البدائل / الفئات		الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	المجموع الكلي ك	المجموع الكلي %
نعم	- باهضة	33	%60	05	%13.51	/	/	38	%38
	- باهضة جدا	12	%21.81	20	%54.05	02	%25	34	%34
المجموع لـــ: نعم		45	%81.81	25	%67.56	02	%25	72	%72
لا		10	%18.18	12	%32.43	06	%75	28	%28
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (39)** انه توجد نسبة كبيرة تمثل **72%** من **إجمالي المبحوثات** قمن بإجراء **أشعة على الثديين** حيث صرحت نسبة **38%** أن **تكاليف تلك الأشعة** كانت **باهظة** وذلك بنسبة **60%** لدى **الأستاذات** و**13.51%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **34%** من ترى أن تكاليفها **جد باهظة** وذلك **بنسبة كبيرة** لدى **الموظفات** حيث تمثل **54.05%** و**25%** لدى **عاملات النظافة** و**21.81%** لدى **الأستاذات**، كما توجد نسبة قليلة تمثل **28%** ممن صرحن عن **عدم إجرائهن لتلك الأشعة** وذلك بنسبة **75%** لدى **عاملات النظافة** و**32.43%** و**18.18%** لدى **الموظفات والأستاذات** على التوالي.

حيث استنتجت أن توجه **أغلب العاملات** لإجراء **تلك الأشعة** يفسر بمدى **انتشار داء سرطان الثدي** بين **أوساط النساء** خاصة في **الآونة الأخيرة**، والذي بات يتطلب من الضرورة الملحة إجراء **تلك الأشعة** تفاديا للإصابة بذلك الداء، حيث صرحت **بعض العاملات** أنهن قمن بإجراء تلك الأشعة عند **شعورهن بالخوف** خاصة بالنسبة **للمتزوجات حديثا** واللاتي **لم ينجبن بعد** حيث كشفت **تحاليل بعض الأشعة** عن **وجود حليب** هو السبب في **تأخر الإنجاب لديهن**، والذي يحتم **تناول بعض الأدوية** لإزالة ذلك أو نزعه بواسطة **الليزر**. إضافة إلى وجود **نسبة قليلة** لم تقم بذلك لأسباب لم تذكر ربما يرجع ذلك إلى **التكاليف الباهظة وعدم الاقتناع بذلك.**

ومن هنا يمكن القول أن **تدهور الحالة الصحية للمبحوثات** بسبب ظهور **أمراض العصر الخطيرة (سرطان عنق الرحم والثدي..وغيرها)** من شأنها أن تسهم في **خفض عدد الولادات مستقبلا** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة** في **الوسط الحضري**.

جدول رقم(40): مدى كفاية إجازة الوضع أو عدمها وسبب ذلك

البدائل / الفئات		الأستاذات ك	الأستاذات %	الموظفات ك	الموظفات %	عاملات النظافة ك	عاملات النظافة %	المجموع الكلي ك	المجموع الكلي %
غير كافية	- مرض الطفل	05	%09.09	15	%40.54	02	%25	24	%24
	- مرض الأم	10	18.18%	11	%29.72	06	%75	25	%25
	- أخرى تذكر	02	%03.63	01	%02.70	/	/	03	%03
مجموع غير كافية		17	%30.90	27	%72.97	08	%100	52	%52
كافية		38	%69.09	10	%27.02	/	/	48	%48
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (40)** انه توجد نسبة **51%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **عدم كفاية إجازة الوضع**، وذلك بنسبة **25%** ممن يعتبرونها **غير كافية** بسبب **مرض الأم بعد الولادة مباشرة** وذلك بنسبة **75%** لدى **عاملات النظافة** و**29.72%** لدى **الموظفات** بسبب **الإرهاق في العمل** ومعاناة **بعضهن** من **بعض الأمراض المزمنة** وغيرها من الأمراض ونسبة **18.18%** لدى **الأستاذات**، وتوجد نسبة **24%** من ترجعن **عدم كفايتها** إلى **مرض الطفل** ببعض الأمراض **كالحمى والإسهال** مما يتطلب **عناية كبيرة** من طرف **الأم ليلا ونهارا** وهذا ما لم يتحقق خاصة لدى **الموظفات** بنسبة **40.54%** و**25%** لدى **عاملات النظافة** بسبب **مكوثهن لساعات طويلة بالعمل ورجوعهن منهكات لا يقوين على عمل شيء** حتى **إهمال أطفالهن في بعض الحالات** ونسبة **9.09%** لدى **الأستاذات**، وتوجد **نسبة ضئيلة** تمثل **3%** من يرجعن ذلك لأسباب أخرى **عدم استرجاع عافية المرأة**، وأحيانا **عدم مناسبة الظروف** خاصة في **حالة إنجاب طفل مصاب بعاهة أو معوق حركيا** والذي يتطلب **العناية الأكثر**، وذلك بنسبة **3.63%** لدى **الأستاذات** و**2.70%** لدى **الموظفات**، على العكس من ذلك توجد نسبة **48%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **مدى كفاية إجازة الوضع**، وذلك بنسبة **69.09%** لدى **الأستاذات** و**27.02%** لدى **الموظفات** وذلك يبرز أن **الأستاذات وبعض الموظفات** صرحن بذلك بسبب **تمتعهن بصحة جيدة** وكذلك **ظروف أسرهن جد مواتية** حيث يعتبرنها **كافية لاسترجاع عافيتهن** إضافة إلى **عطلة الأسبوع المجانية** وعملهن يكون محصورا في **يوم أو يومين فقط**(الأستاذات) وهذا يمكنهن من **الاستراحة وتوفير الرعاية الكافية لأطفالهن**.

واستنتجت من ذلك **أن عدم كفاية إجازة الوضع** لها تأثير مباشر في **تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة** وخاصة بالنسبة **للأطفال**، وذلك ما **يحفزها لتنظيم النسل وإنجاب عدد أقل من الأطفال والمباعدة بين الولادات** وذلك يساهم في **خفض عدد الولادات** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة**.

جدول رقم(41): هل يكون القرار فرديا أو من طرف الزوجين معا حول العدد المرغوب من الأطفال

هل القرار فرديا أم من طرف الزوجين معا	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة			مجموع ك	%
	ك	%	ك	%	ك	%			
قرار فردي	/	/	/	/	/	/			
الزوجين معا	55	%100	37	%100	08	%100	ما هو العدد المرغوب فيه؟	/	/
							2-1	32	%32
							4-3	68	%68
							6-5	/	/
							7 فأكثر	/	/
							لا أدري	/	/
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	المجموع	100	%100

إن **فكرة تنظيم النسل** تخص **الزوج والزوجة معا** حيث أن **اتخاذ القرار** يكون بين **الزوجين حول العدد المرغوب إنجابه** وذلك مراعاة **لظروفهما الاقتصادية والاجتماعية** وخاصة **الصحية للأم والطفل**، وتدل بيانات الجدول على ذلك من خلال اتخاذ القرار في إنجاب العدد المرغوب للزوجين وليس قرارا فرديا، حيث كانت نسبة إجابات المبحوثات **100%** وهذا يبرز **مدى وعي الزوجين بما تتطلبه حاجيات الأسرة العصرية عكس ما كان في الماضي.**

استنتجت من خلال معطيات الجدول أنه توجد **أعلى نسبة** تمثل **68%** من يرغبن في **إنجاب من 3إلى4 أطفال** وهذا يفسر لنا **إتباع النمط الغربي وتفضيل الأسرة قليلة العدد**، وذلك بعد إدراك **النفقات العالية** التي تتطلبها **المجالات الصحية والمعيشية والتعليمية للأطفال** مما صرحت **بعض العاملات** عن **رغبتهن الشديدة** في هذا **العدد** وخاصة إذا كان لديهما **بنتان أو ذكرين**، أما بالنسبة **للعدد المرغوب بين طفل إلى طفلين** توجد نسبة **32%** حيث تعتبر هذه النسبة **مؤشرا** على **توجه الأسر الجزائرية** إلى **خفض عدد الولادات** وهذا يفيد في إعطاء **نتائج إيجابية للدراسة** لأن ذلك من شأنه أن يسهم في **خفض معدلات الخصوبة.**

ومن هنا يمكن القول أن **التفاهم بين الزوجين** حول إنجاب **العدد المرغوب فيه** ينبني على **أسس صحيحة** هي **ارتفاع المستوى التعليمي لهما وخروج المرأة للعمل** وأيضا مراعاة **ظروف عملها وظروفها الصحية** لتمكنها من إنجاب ذلك **العدد** وذلك بعد إدراكهما لما يتطلبه **إنجاب طفل آخر من تكاليف.**

جدول رقم(42): الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال في المستقبل وتفضيل جنس المولود المقبل

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	- ذكور	08	%14.54	09	%24.32	/	/	17	%17
	- إناث	07	%12.72	01	%02.70	/	/	08	%08
المجموع لـــ: نعم		15	%27.27	10	%27.02	/	/	25	%25
لا		40	%72.72	27	%72.97	08	%100	75	%75
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (42)** أنه توجد **نسبة كبيرة** تمثل **75%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **عدم رغبتهن في إنجاب المزيد من الأطفال**، وذلك بنسبة **72.97% و72.72%** على التوالي لدى **الموظفات والأستاذات**، وعلى العكس من ذلك توجد نسبة **25%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **رغبتهن في إنجاب المزيد من الأطفال**، وذلك بنسبة **27.27% و27.02%** على التوالي ممن أجبن **بنعم** (أي رغبتهن في إنجاب ذكور أو إناث).

أما من حيث **تفضيل جنس المولود** توجد نسبة **17%** ممن يرغبن في **إنجاب الذكور**، وذلك بنسبة **24.32%** لدى **الموظفات** وذلك أن **بعضا منهن** لديهن **ذكر واحد فقط** يردن **زوجا من الذكور**،

والأخريات يرغبن في **إنجاب ذكر** وذلك خوفا من **تهديدهن بالطلاق** في حالة **إنجابهن للإناث فقط**، ونسبة **14.54%** لدى **الأستاذات** اللاتي أنجبن **إناثا أكثر من الذكور** وبالتالي يرغبن **إنجاب ذكر آخر**، وتوجد نسبة **08%** من يرغبن في **إنجاب الإناث** وذلك بنسبة **12.72%** لدى **الأستاذات** اللاتي أنجبن **ذكورا فقط** و**2.70%** لدى **الموظفات**، حيث صرحت **إحدى الموظفات** أنها **متزوجة** منذ **10 سنوات** ولم تنجب **الطفل الأول** إلا **بعد** مرور**05 سنوات** وذلك **بعد متابعة الطبيب المختص بأمراض النساء وتناول بعض الأدوية التي تساعدها على الحمل** كما يقال "**ضنايتها عزيزة**".

استنتجت من ذلك أن **عدم الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال** لدى المبحوثات يساهم في **خفض عدد الولادات** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط الحضري**، الذي يشهد المزيد من **التحولات الجذرية** خاصة فيما يتعلق **بتغير نمط تفكير** الفرد الجزائري لتحل محل **الأسرة الممتدة الأسرة النووية** التي تتشكل من **الأبوين وطفل أو طفلين فقط**.

جدول رقم(43): مدة المباعدة بين معظم ولادات المبحوثات

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الاجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من سنة	/	/	02	%05.40	06	%75	08	%08
02 – 03 سنوات	12	21.81%	10	%27.02	02	%25	24	%24
04- 05 سنة	40	%72.72	24	%64.86	/	/	64	%64
06 فما فوق	13	%05.45	01	%02.70	/	/	04	%04
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (43)** أنه توجد **أعلى نسبة** تمثل **64%** من **إجمالي المبحوثات** من يباعدن بين معظم ولاداتهن بــ **04 إلى 05سنوات**، وذلك **بنسبة كبيرة** لدى **الأستاذات** والتي تمثل **72.72%** ونسبة **64.86%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **24%** من **إجمالي العاملات** من يباعدن بــ **2-3 سنوات** وذلك بنسبة **27.02%** لدى **الموظفات** ونسبة **25%** لدى **عاملات النظافة** و**21.81%** لدى **الأستاذات**، وأيضا توجد نسبة **8%** من **إجمالي العاملات** من يباعدن **بأقل من سنة** إلى **سنة ونصف**، وذلك بنسبة **75%** لدى **عاملات النظافة**، و**5.40%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **4%** من يباعدن بــ **06 سنوات** فما أكثر وذلك بنسبة **5.45%** لدى **الأستاذات** و**2.70%** لدى **الموظفات**.

واستنتجت مما سبق أنه عندما يتم جمع النسب **64%** و**24%** نتحصل على **88%** وهي **نسبة كبيرة** وهذا ما يفسر **بمدى اعتماد الأسرة الجزائرية على أسلوب تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات لفترة أطول** وهذا يعطي **إيجابيات عديدة** من بينها **التفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال** في حدود **طفلين إلى 04 أطفال** عبر **فترات متباعدة** وذلك من أجل **توفير الرفاهية التامة للأسرة والمحافظة على صحة الأم والطفل معا**.

وهنا يمكن القول أن **المرأة الجزائرية عامة والمرأة العاملة خاصة** تفكر حتما في **المباعدة بين معظم ولاداتها لمدة أطول** وذلك حسب **ما تقتضيه ضرورات الحياة الزوجية من اهتمام ورعاية بالزوج والأطفال** وأحيانا **أهل الزوج والزوجة** ناهيك عن **التزاماتها خارج المنزل في حالة العمل** أو الانضمام إلى **جمعيات نسوية خدمة لوطنها** فهي تسعى جاهدة لتحقيق **التوازن بين شؤونها المنزلية والمهنية**. ومن خلال ذلك يتضح أن **التفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال والمباعدة بين معظم الولادات لفترة أطول** تساهم في **خفض عدد الولادات** ومن ثمة **خفض معدلات الخصوبة مستقبلا وبنسبة كبيرة في الوسط الحضري**.

جدول رقم(44): نوع وسيلة منع الحمل المستعملة لدى المبحوثات

الفئات / نوع الوسيلة	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الحبوب	28	%50.90	20	%54.05	03	%37.5	51	%51
الرضاعة الطبيعية	04	%07.27	02	%05.40	05	%62.5	11	%11
الطريقة الحسابية	21	%38.18	08	%21.62	/	/	29	%29
الحقن	01	%01.81	05	%13.51	/	/	06	%06
المراهم	/	/	/	/	/	/	/	/
الواقي الذكري	/	/	/	/	/	/	/	/
أخرى تذكر	01	%01.81	02	%05.40	/	/	03	%03
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

توضح معطيات **الجدول (44)** أنه توجد **نسبة أعلى** تمثل **51%** من **إجمالي العاملات** يستعملن **الحبوب** وذلك **بنسبة كبيرة** لدى **الموظفات والأستاذات** بـــ **54.05%** و**50.90%** على التوالي ونسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة**، وتوجد نسبة **29%** من **إجمالي العاملات** من يستعملن **الطريقة الحسابية** وذلك بنسبة **38.18%** لدى **الأستاذات** و**21.62%** لدى **الموظفات**، كما توجد نسبة **11%** من يستعملن **الرضاعة الطبيعية** وذلك بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة** و**7.27%** لدى **الأستاذات** و**5.40%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **06%** من يستعملن **الحقن**، وذلك بنسبة **13.51%** لدى **الموظفات** و **1.81%** لدى **الأستاذات**، وتوجد نسبة **03%** من صرحن عن استعمالهن **لوسائل تقليدية** أخرى **كالأعشاب**، كما صرحت **إحدى الموظفات** أنها تعتمد على **طريقة العزل**. وصرحت **أستاذة** أنها **لم تستعمل أية وسيلة** لأنها أنجبت **طفلا واحدا وانقطعت لديها الضناية** لأسباب لم تصرح بها. أما **باقي الوسائل** لم يتم استعمالها أبدا من طرف المبحوثات.

استنتجت أن نوع وسائل منع الحمل **الأكثر استخداما** من طرف أفراد العينة أكدت أن **نسبة كبيرة** من المبحوثات يفضلن استخدام **الحبوب** وذلك بنسبة **51%** ويعملن على **خفض عدد الولادات** ويرجع سبب استعمالهن لتلك الوسيلة إلى **شدة مفعولها وسهولة تناولها**، وهي الوسيلة المضمونة في حين تبقى الوسائل الأخرى رغم أهميتها إلا أنها أخذت **نسبا ضعيفة**، حيث يليها استعمال **الطريقة**

الحسابية بنسبة **29%** واستخدام **الرضاعة الطبيعية** بنسبة**11%** وتأتي النسب **06% و03%** من استخدام **للحقن** والوسائل الأخرى **كالعزل والوسائل التقليدية** (الأعشاب...إلخ)، كما أن طريقة استعمال **الحقن** تتطلب الدقة والتنظيم وهي متوفرة في أغلب الصيدليات.

ومن هنا يمكن القول **أن تفكير المرأة الجزائرية عامة والمرأة العاملة خاصة** في **خفض عدد الولادات وتنظيم نسلها** أي **المباعدة بين ولاداتها** يكون ذلك **باستخدامها لوسائل منع الحمل** التي تتناسب **وظروفها المادية** وخاصة **الصحية** لأنه ثبت علميا حسب **دراسات أنجزت** أن **حبوب منع الحمل وبعض الوسائل الأخرى** لها آثار سلبية على **صحة المرأة** حتى وإن لم تظهر **في السنوات الأولى من استعمالها** يكون لها الأثر البالغ في **تدهور ظروفها الصحية** بعد **سن التاسع والأربعين** وأهم تلك الأمراض (**ارتفاع ضغط الدم، القلق، التوتر الشديد**) وبهذا نرى أن **الاستعمال المكثف لتلك الوسائل** يساهم في **خفض معدلات الخصوبة** خاصة في **الوسط الحضري**.

جدول رقم(45): مدة استعمال المبحوثات لموانع الحمل

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 04 سنوات	02	%03.63	02	%05.40	/	/	04	%04
05 – 09 سنوات	40	%72.72	09	%24.32	/	/	49	%49
10- 14 سنة	10	%18.18	16	%43.24	05	%62.5	31	%31
15 سنة فما فوق	03	%05.45	10	%27.02	03	%37.5	16	%16
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (45)** أنه توجد نسبة **49%** من **إجمالي المبحوثات** من كانت مدة استعمالهن لموانع الحمل بين **05 إلى 09 سنوات** وذلك **بنسبة كبيرة** بلغت **72.72%** لدى **الأستاذات** ونسبة **24.32%** لدى **الموظفات**، تليها نسبة **31%** ممن صرحن أن مدة استعمالهن كانت بين **10 إلى 14 سنة** وذلك بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة** ونسبة **43.24%** لدى **الموظفات** و**18.18%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **16%** ممن صرحن أن مدة استعمالهن كانت منذ **15 سنة فما أكثر** وذلك بنسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة** و**27.02%** لدى **الموظفات** و**5.45%** لدى **الأستاذات**، وفي الأخير توجد نسبة **04%** ممن صرحن أن مدة استعمالهن لتلك الموانع كانت في حدود **04 سنوات فما أقل**، وذلك بنسبة **5.40%** لدى **الموظفات ونسبة 3.63%** لدى **الأستاذات**.

استنتجت من خلال النسب الواردة في الجدول من خلال جمع النسب **(49% و31% و16%)** أنه توجد **96%** ممن صرحن عن **طول مدة استعمالهن لتلك الموانع** وذلك بعد إدراكهن لفائدة ذلك الاستعمال وذلك يفسر **بمدى إتباع الأسر الجزائرية عامة والمرأة العاملة خاصة لأسلوب تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات والتفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال** ومن ثمة **إحداث خفض في معدلات الخصوبة مستقبلا.**

جدول رقم(46): رأي المبحوثات حول تأثير الوسيلة المستعملة لمنع الحمل على حالتهن الصحية

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	28	%52.72	27	%72.97	03	%37.5	59	%59
لا	26	%47.27	10	%27.02	05	%62.5	41	%41
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (46)** أنه توجد **نسبة كبيرة** تمثل **59%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **تأثير** بعض الوسائل على **حالتهن الصحية** وذلك بنسبة **72.97%** لدى **الموظفات** ونسبة **52.72%** لدى **الأستاذات** ونسبة **37.5%** لدى **عاملات النظافة**، وتوجد نسبة **41%** من صرحن عن **عدم وجود أي تأثيرات سلبية على حالتهن الصحية** وذلك بنسبة **62.5%** لدى **عاملات النظافة** و**47.27%** لدى **الأستاذات** و**27.02%** لدى **الموظفات**.

ما يمكن استنتاجه أن استعمال وسائل منع الحمل **لمدة أطول** له **تأثيرات سلبية** على **الحالة الصحية للمبحوثات** كما صرحت **أغلبيتهن**، وذلك أن **مفعول تلك الوسائل** وإن لم يظهر في **السنوات الأولى من الاستعمال** لكن بمرور الوقت تكون له **آثار جانبية** تؤثر على **الحالة الصحية للمرأة** بدليل ظهور بعض الأمراض المزمنة وأمراض العصر **كالقلق والتوتر وشلل أعضاء الجسم وارتفاع ضغط الدم** وغيرها، وتظهر تلك الأمراض بصورة أكبر عند **كبار السن** والنساء اللاتي يقاربن **الخمسينات والستينات**.

جدول رقم(47): طبيعة أغلب الولادات للمبحوثات

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
طبيعية	25	%45.45	20	%54.05	08	%100	53	%53
قيصرية	18	%32.72	10	%27.02	/	/	28	%28
معا	12	%21.81	07	%18.91	/	/	19	%19
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (47)** أنه توجد نسبة **53%** من **إجمالي العاملات** من صرحن أن **معظم ولاداتهن** تمت **بطريقة طبيعية** وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** و**54.05%** لدى **الموظفات** و**45.45%** لدى **الأستاذات**، تليها نسبة **28%** من تمت معظم ولاداتهن **بطريقة قيصرية** وذلك بنسبة **32.72%** لدى **الأستاذات** و**27.02%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **19%** من صرحن بأن **معظم ولاداتهن** تمت **بهما معا**، وذلك بنسبة **21.81%** لدى **الأستاذات**، و**18.91%** لدى **الموظفات**.

استنتجت من خلال النسب – **سالفة الذكر**– أن **نسبة كبيرة** من تمت **معظم ولاداتهن** بطريقة **طبيعية** وذلك يرجع إلى **طبيعة العيش البسيطة** في الماضي وخاصة بالنسبة **لعاملات النظافة** اللاتي

صرحت **إحداهن** أنها وضعت **طفلها الأول و الثاني** في **المنزل بمساعدة الأقارب والجيران**. وهناك نسبة **28%** ممن صرحن أن معظم ولاداتهن تمت **بطريقة قيصرية** وخاصة بالنسبة **للأستاذات** حيث صرحت **بعضهن** أن **وضعية الجنين أثناء الحمل كانت تتطلب عملية وضع قيصرية** لأجل الحفاظ على **صحة الأم والجنين معا** وأيضا توجد نسبة **18%** من صرحن أن **معظم ولاداتهن تمت بالطريقتين معا** وذلك أن **معظم الأستاذات والموظفات** صرحن أن **ولاداتهن الأولى تمت بطريقة طبيعية** لكن **الولادات الأخيرة وخاصة في حالة إنجاب التوائم ووضعية تعرض الجنين تستلزم الطريقة القيصرية**.

وبهذا يمكن القول أن عملية الوضع **بطريقتيها الطبيعية والقيصرية** تتطلب **عناية فائقة ومتابعة مستمرة** من قبل **قطاع الصحة** بالنسبة **للأم والجنين معا**. ونظرا **لخطورة الوضع** خاصة في **السنوات الأخيرة** وأحيانا **موت بعض الأمهات** بسبب **خطأ أو سوء تسيير** رغم تحديث **قطاع الصحة والخدمات المجانية المقدمة يوما بعد يوم** إلا أن كثيرا من **الأمهات أصبحت** تتجه إلى **مصحات الولادة بنفقات مالية كبيرة** حفاظا على **صحتها وصحة أطفالها وخوفا من إصابتها** ببعض الأمراض المعدية. ونظرا **للتكاليف الباهظة لعملية الوضع بالمصحات الخاصة(Cliniques Privées) أصبحت النساء تفكر في عدم إنجاب عدد أكبر من الأطفال** وذلك مراعاة **لظروفها الاقتصادية والاجتماعية** خاصة في **حالة حصول أسرتها على أجر متوسط والعيش في شقة F4 أو F3** ومن ثمة **يحدث خفض في معدلات الخصوبة مستقبلا.**

جدول رقم(48): نوع الرضاعة المستعملة لأطفال المبحوثات

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
رضاعة طبيعية	10	%18.18	05	%13.51	06	%75	21	%21
حليب أطفال	07	%12.72	12	%32.43	02	%25	19	%19
النوعين معا	38	%69.09	20	%54.05	/	/	58	%58
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (48)** أنه توجد نسبة **58%** من **إجمالي العاملات** من يعتمدن على كلا من **الرضاعة الطبيعية وحليب الأطفال** وذلك بنسبة **69.09%** لدى **الأستاذات** ونسبة **54.05%** لدى **الموظفات**، كما توجد نسبة **21%** من يعتمدن على **الرضاعة الطبيعية** وذلك بنسبة **75%** لدى **عاملات النظافة** و**18.18%** لدى **الأستاذات** و**13.51%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **19%** من يعتمدن على **حليب الأطفال** وذلك بنسبة **32.43%** لدى **الموظفات** و**25%** لدى **عاملات النظافة** و12.72% لدى **الأستاذات.**

استنتجت من خلال النسب الواردة في الجدول أنه توجد **نسبة كبيرة** تمثل **58%** من يعتمدن على **كلا النوعين** وذلك حسب ما صرحت به **بعض المبحوثات** عن **انقطاع حليب الأم** في حالة **حدوث مشكل صحي أو مشكل اجتماعي**، وذلك سبب كافي **لتعويض حليب الأم بحليب آخر وحدوث حمل آخر**

بعد شهرين أو03 أشهر من الوضع، أما بالنسبة لمن يعتمدن على **الرضاعة الطبيعية** فهي **نسبة ضئيلة** تمثل **21%** خاصة بالنسبة **للأستاذات والموظفات** اللاتي يعتمدونها **لمدة قصيرة جدا للمحافظة على رشاقتهن**، وأيضا بنسبة **19%** لمن يعتمدن على **حليب الأطفال** كما- ذكر سالفا- في **حالة انقطاع حليب الأم مباشرة بعد الوضع أو مرض الأم خوفا من انتقال المرض إلى الرضيع** (فقر الدم).

وما يمكن ملاحظته بشكل عام هو أن **أغلب النساء الجزائريات وخاصة المرأة العاملة** تلجأ في الغالب إلى اعتماد **النوعين معا** وذلك بسبب **طبيعة العمل** من جهة **وتدهور ظروفها الصحية** من جهة أخرى وهذا يعود **سلبا** على **صحة الطفل** خاصة أن **الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين** لها **فوائد صحية** من حيث **النمو الجسمي والعقلي للطفل.**

وبهذا وجدت أن **المرأة العاملة** أصبحت **تفكر مليا في إنجاب عدد أقل من الأطفال** خاصة **لمن تريد أن تحقق النجاح في مشوارها المهني**، وهذا ينعكس إيجابا على **معدلات الخصوبة** مما يؤدي إلى **انخفاضها في المستقبل.**

جدول رقم(49): حدوث إجهاض أولا وسبب ذلك لدى المبحوثات

البدائل / الفئات		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	- لم أكن أدري أنه حمل مؤكد	04	%07.27	10	%27.02	01	%12.5	15	%15
	- أخرى تذكر	02	%03.63	05	%13.51	/	/	07	%07
المجموع لـــ: نعم		06	%10.90	15	%40.54	01	%12.5	22	%22
لا		49	%89.09	22	%59.45	07	%87.5	78	%78
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (49)** أنه توجد نسبة تمثل **78%** من صرحن عن **عدم حدوث إجهاض** وذلك بنسبة **89.09%** لدى **الأستاذات**، و**87.5%** لدى **عاملات النظافة** و**59.45%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **22%** من صرحن عن حدوث **إجهاضات**، وذلك بنسبة **15%** من صرحن عن حدوث **إجهاض تلقائي** (أي عدم علمهن أنه حمل مؤكد) وذلك بنسبة **27.02%** لدى **الموظفات** ونسبة **12.5%** لدى **عاملات النظافة** ونسبة **7.27%** لدى **الأستاذات**، وتوجد نسبة **07%** من صرحن عن حدوث **إجهاضات** لأسباب أخرى، حيث صرحت **بعضهن** عن حدوث حمل **لمدة شهرين إلى 03 أشهر وبموت الجنين داخل بطن الأم** تضطر إلى **مراجعة الطبيب** لتناول أدوية من أجل عملية **الإجهاض العمدي**. كما تصاب الأم في الغالب **بنزيف** جراء قيامها بذلك. استنتجت من خلال النسب المبينة في الجدول أن **نسبة كبيرة** تمثل **78% لم يحدث لهن إجهاضات** على العكس من ذلك نجد أن نسبة **22%** قد حدث لهن **إجهاضات** بسبب **عدم درايتهن بأنه حمل مؤكد** وأيضا أسباب أخرى كما ذكرنا سالفا.

ويمكن القول أنه في **الآونة الأخيرة** أصبحت عملية **الإجهاض** منتشرة بكثرة خاصة في **الوسط الريفي** لدى **غير المتعلمات** واللاتي يقمن **بأعمال شاقة** مما يتسبب ذلك في حدوث **إجهاض**، وأحيانا

نجد **الموظفات لا يتناولن الوجبات اليومية بانتظام أو يفضلن البقاء دون طعام إلى حين عودتهن إلى المنزل** مما ينجر عنه بروز **مرض سوء التغذية** والذي ينعكس **سلبا** على **تغذية الجنين** وبالتالي **يموت داخل بطن الأم وتضطر إلى إجهاضه عمديا.**

وبهذا أصبحت **المرأة العاملة** تفكر حتما في **إنجاب عدد أقل من الأطفال** عبر **فترات متباعدة** وذلك تجنبا لحدوث **إجهاضات** وحفاظا على **صحتها وصحة أطفالها** وهذا ينعكس **إيجابا** على **معدلات الخصوبة** مما يؤدي إلى **انخفاضها في المستقبل.**

جدول رقم(50): البرمجة لكل حمل أو عدمها لدى المبحوثات

الفئات / البدائل	الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	55	%100	33	%89.18	/	/	88	%88
لا	00	/	04	%10.81	08	%100	12	%12
المجموع	55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (50)** أنه توجد **88%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **برمجتهن لكل حمل قد تم**، وذلك بنسبة **100%** لدى **الأستاذات** ونسبة **89.18%** لدى **الموظفات**، وتوجد نسبة **12%** من صرحن عن **عدم برمجتهن لكل حمل** قد تم وذلك بنسبة **100%** لدى **عاملات النظافة** ونسبة **10.81%** لدى **الموظفات.**

واستنتجت من خلال النسب- سالفة الذكر- أنه توجد **نسبة كبيرة** تمثل **88%** من صرحن عن **برمجتهن لكل حمل قد تم** وذلك بعد **تفاهم بين الزوجين** مع مراعاة **الظروف الاقتصادية لهما والمباعدة بين معظم الولادات** من أجل الحفاظ على **صحة الأم والطفل معا** مع العلم أن أغلبهن ذو **مستوى عالي** أي أن **إرتفاع المستوى التعليمي للزوجة** وأحيانا **الزوج** يساهم في **إنجاب عدد أقل من الأطفال** وهذا ما يفيد الدراسة الحالية ويؤكد **صحة الفرضية الأولى** بأن **ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة** يساهم إلى **حد كبير** في **خفض معدلات الخصوبة.**

جدول رقم(51): إمكانية الإنجاب أو عدمه حسب الحالة الصحية وسبب ذلك.

الفئات / البدائل		الأستاذات		الموظفات		عاملات النظافة		المجموع الكلي	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا	- الخوف على صحة الأم	24	%43.63	27	%72.97	/	/	51	%51
	-الخوف على صحة الجنين	04	%07.27	01	%02.70	/	/	05	%05
	- أخرى تذكر	02	%03.63	01	%02.70	08	%100	11	%11
مجموع لا		30	%54.54	29	%78.37	08	%100	67	%67
نعم		25	%45.45	08	%21.62	/	/	3	%33
المجموع		55	%100	37	%100	08	%100	100	%100

يوضح **الجدول رقم (51)** أنه توجد نسبة **67%** من **إجمالي العاملات** من صرحن عن **عدم إمكانيتهن الإنجاب مستقبلا**، وذلك بنسبة **51%** من صرحن **بالخوف عن صحتهن** حيث تمثل **72.97%** لدى **الموظفات و43.63%** لدى **الأستاذات** وتوجد نسبة **11%** من أجبن **بأسباب أخرى** حيث تمثل **100%** لدى **عاملات النظافة** كلهن **مطلقات** وأرامل **ومن أين سينجبن يا ترى**؟ وصرحت **أستاذتين** عن **وجود عجز جنسي لدى أزواجهن لا يمكنهم من الإنجاب مستقبلا وهذا ما يؤلمهن جدا،** وهناك **موظفة** ترجع **عدم إمكانية إنجابها إلى تدهور حالتها الصحية** بسبب إصابتها **بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم** الذي يجعل **الإنجاب غير ممكن لديها** وهنا يتحتم عليها **الحد من الإنجاب** حفاظا **على صحتها**. وتوجد نسبة **05%** من صرحن عن **الخوف على صحة الجنين**، على العكس من ذلك توجد نسبة **33%** ممن أجبن **بنعم** أي **إمكانية إنجابهن في المستقبل** وذلك بنسبة **45.45%** لدى **الأستاذات و21.02%** لدى **الموظفات**.

استنتجت من خلال النسب سالفة الذكر أن **تدهور الحالة الصحية للمرأة العاملة والخوف على صحة الجنين** وأحيانا **تدهور صحة الزوج** يمكن أن تساهم **بنسبة كبيرة** في **خفض معدلات الخصوبة.**

خلاصة الفصل:

بعدما تمت عملية تفريغ بيانات الاستمارة ضمن جداول بسيطة ومركبة هذه الأخيرة التي تحوي معطيات ونسب مئوية ذات دلالات إحصائية، حينها قامت الباحثة بتحليلها وتفسيرها في إطار سوسيوديغرافي بمراعاة تسلسل عناصر البحث وترتيب فرضيات الدراسة في نسق منظم ومحكم، وبذلك تمكنت من الحصول على نتائج تثبت وتؤكد بها صحة أو خطأ فرضيات الدراسة والتي يتم إدراجها في الفصل الموالي الخاص بمناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

تمهيد:

بعدما تمت –في الفصل الخامس– عملية تفريغ البيانات في جداول ثم تحليلها وتفسيرها في سياق سوسيوديمغرافي وربط تلك النتائج بماتم عرضه في الجانب النظري والميداني، وذلك حفاظا على ترتيب وترابط منطقي لعناصر البحث وخدمة لأغراضه وأهدافه. تحاول في هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فروضها لتأكيد صحتها أوخطئها ومدى مطابقة النتائج المتحصل عليها –في الفصل السابق– لنتائج الدراسات السابقة وهذا مايضفي صبغة الإجتهاد المتواصل، لتصل لاستنتاجات عامة للدراسة تؤسس على حقائق واقعية من الميدان وربطها بالواقع المعاش في المجتمع الجزائري، وفي الأخير توضح أبرز القضايا التي تثيرها الدراسة الحالية، وموقع الدراسة الراهنة من النظريات المفسرة للخصوبة.

أولا: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فروضها

إنطلاقا من التصورات النظرية لموضوع الدراسة والمعطيات الإمبريقية المستقاة من الواقع المعاش، توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج ساهمت بشكل ما في إثراء البحث من حيث التحليل المعمق لمتغيرات الدراسة، ليتم عرضها فيما يلي:

الفرضية الأولى: ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة يساهم في خفض معدلات الخصوبة.

من خلال نتائج الدراسة الميدانية والنسب المبرزة في **الجدول رقم(03)** والتي توضح أنه توجد نسبة **75 بالمائة و15 بالمائة** من إجمالي العاملات هن حائزات على مستوى جامعي وثانوي، وحسب ماأكدته نتائج أغلب الدراسات السابقة في الفصل الأول والتحقيقات المنجزة في الجزائر حول الخصوبة في الفصل الثالث على **أن المستوى التعليمي يعد من أبرز العوامل المؤثرة على الخصوبة**، وخاصة **تعليم الفتيات**. وذلك ماشهدته الجزائر بعد فترة الإستقلال من خلال فرض سياسة إجبارية التعليم لكافة المواطنين، حيث تزايدت نسب التعليم لدى الجنسين وخاصة لدى النساء ووصولهن إلى أعلى المستويات التعليمية (رتبة الماجستير والدكتوراه ....الخ) مما أتيحت لهن الفرصة لتبوء مكانة عليا في المجتمع والمشاركة الفعالة في كافة مجالات العمل المختلفة وحتى الترشح لرئاسة الدولة، وكل ذلك من شأنه أن يؤثر على سلوكهن الإنجابي. فكل المؤشرات تدل على أن المطبقات لفكرة خفض معدلات الخصوبة والتفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال هن الحائزات على مستوى مقبول من التعليم، قد تبين أن لهذا الأخير أثر في إحداث الفروق عند المقارنة بين مختلف العاملات (الأستاذات، الموظفات، عاملات النظافة) من حيث عدد الأطفال المنجب، وذلك ماتوضحه النسب المبرزة في **الجدول رقم(06)** حيث وجد أن الأستاذات والموظفات أنجبن بين **02 إلى 04 أطفال** عكس عاملات النظافة اللاتي أنجبن بين **05 و06 أطفال** فما أكثر، وذلك يرجع إلى تدني مستواهن التعليمي وزواجهن المبكر بسبب

الضغط الممارس من طرف أسرهن وأغلبيتهن من أصول ريفية، أين لا تزال تسود بعض العقليات البالية بعدم السماح للفتاة باكمال دراستها وتزويجها في سن مبكرة جدا.

ومن هنا يمكن القول **أن إرتفاع المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة يساهم بفعالية في خفض معدلات الخصوبة، وبهذا تتأكد صحة الفرضية الأولى للدراسة.**

الفرضية الثانية: إنخفاض المستوى الاقتصادي للمرأة العاملة يؤثر على معدلات الخصوبة.

من خلال نتائج الدراسة الميدانية تبين أن سبب خروج المرأة للعمل هو الحصول على أجر في سياق تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة، وذلك بنسبة **58 بالمائة** من إجمالي العاملات كان سبب خروجهن للعمل بدافع الحاجة المادية (بنسبة **100 بالمائة** لدى عاملات النظافة و**75.67 بالمائة** لدى الموظفات) وهذا مايبرز بوضوح تدهور المستوى الإقتصادي وأيضا معاناة بعضا منهن من عدم كفاية أجورهن بنسبة **51 بالمائة** – كما توضحه النسب المبرزة في **الجدول رقم (21)**– من إجمالي العاملات صرحن بذلك بالرغم من كونه إضافي بالنسبة لأجر الزوج في الغالب، وعدم كفايته لأنه لا يلبي كل الإحتياجات الضرورية للأسرة، كما أكدت جل المبحوثات بأن الأجر الذي يتقاضونه يصرف في أمور المنزل وأغراض الأسرة، وذلك بسبب دفع أقساط الإيجار من جهة، ودفع التكاليف الباهضة للعلاج في حالة إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض مزمن من جهة أخرى، ورغم تساوي أجر الزوجين أوكبر أجر الزوجة أحيانا إلا أن ذلك لايمنع من التفكير في إنجاب عدد أقل من الأطفال، مع العلم أن المرأة العاملة الجزائرية تساهم في مصاريف الأسرة في الغالب وذلك ماأكدته نسبة **81بالمئة** من إجمالي العاملات صرحن بذلك – في **الجدول رقم(23)**– وبالنظر لغلاء المعيشة يضطر الزوجين للتفكير – **منذ السنوات الأولى من الزواج**– في تطبيق فكرة خفض عدد الولادات وإنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة خاصة إذا كان مستواهم الاقتصادي **(انخفاض دخل الزوجين)** والاجتماعي **(حالة كراء)** لايسمح بإضافة أطفال آخرين من جهة، أو إقامتهم بشقة نوع F2 أوF3 والتي تفرض عليهم إنجاب طفل أوطفلين فقط مراعاة لظروف السكن من جهة أخرى.

ما يمكن استنتاجه هو **أنه ينبغي على الزوجين التفكير بعد الزواج مباشرة في إنجاب عدد قليل من الأطفال للمحافظة على صحة الأم والطفل وحفاظا على مستواهم المعيشي وخوفا من تدني مستواهم الاقتصادي، وكل تلك الأسباب من شأنها أن تساهم في خفض عدد الولادات ومن ثمة خفض معدلات الخصوبة، وبهذا تتأكد صحة الفرضية الثانية للدراسة.**

الفرضية الثالثة: إن تدهور ظروف عمل المرأة العاملة تؤثر على معدلات الخصوبة.

من خلال نتائج الدراسة الميدانية التي تؤكد وجود نسبة **70 بالمائة** من المبحوثات –**الجدول رقم (25)**– صرحن بعدم رضاهن عن ظروف عملهن خاصة بالنسبة للموظفات وعاملات النظافة في بعض الإدارات بالجامعة لعدم توفر بعض الأجهزة ووسائل التنظيف الحديثة وشساعة مساحة مكان

العمل وكثرة التنقل بين مكاتب العمل، وصرحت بعضا منهن أن توقيت العمل غير الملائم وذلك بنسبة **53 بالمائة** من العاملات يعيقهن في تلبية الحاجيات اليومية لأسرهن، وأكبرعائق لديهن تفكيرهن الدائم من يقوم برعاية صغارهن أثناء غيابهن عن المنزل خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل مما ينعكس سلبا على آدائهن للعمل، كما أكدت النتائج أن أغلب المبحوثات تشكو كثيرا من قلة المواصلات من جهة وعدم انتظامها من جهة أخرى وهذا مايتسبب في تأخرهن عن الموعد المحدد للعمل وما يعرضهن لعقوبات إدارية وقانونية صارمة وأحيانا التهديد بالطرد النهائي، كما يلعب نوع العمل وطبيعته (بالنسبة للموظفات وعاملات النظافة) إضافة إلى التعب والإرهاق والعمل الروتيني الذي يعود سلبا على معنويات العاملات، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة من خلال استجواب المبحوثات حول إمكانية التوفيق بين عمل المنزل والوظيفة وعدمه، وأكدت نتائج الدراسة عن وجود ظاهرة الاغتراب عند بعض الموظفات نتيجة التباعد بين نوع العمل والتخصص العلمي المدروس، إضافة إلى عدم تجانس علاقات العمل بين الرؤساء وبعض العاملات مما تتجرعنها المعاملة السيئة للموظفات وعاملات النظافة، وذلك ماتوضحه نسبة **28 بالمائة** من العاملات من تلقين معاملة سيئة رغم إنجازهن للعمل الموكل لهن. أيضا يمكن القول أن **المشكلات الاقتصادية** تأتي في **مقدمة المشكلات** التي واجهت جل العاملات وذلك بنسبة**41 بالمائة** من العاملات، أما **المشكلات الاجتماعية والصحية** تأتي بعدها بنسب **26 بالمائة** و**24 بالمائة** وكل تلك المشكلات من شأنها أن تساهم في خفض معدلات الإنجاب لدى المبحوثات.

عموما **يلاحظ أن نتائج الدراسة الميدانية المتعلقة بتدهور ظروف عمل المرأة العاملة تؤثر فعلا على معدلات الإنجاب مما تعمل على خفض معدلات الخصوبة وذلك لصعوبة ظروف العمل وعدم القدرة على التوفيق بين عملها داخل وخارج المنزل، وبهذا تتأكد صحة الفرضية الثالثة للدراسة.**

الفرضية الرابعة: إن تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة تؤثر على معدلات الخصوبة.

من خلال نتائج الدراسة الميدانية تبين النسب المبرزة – **في الجدول رقم(34)**- أنه توجد نسبة **61 بالمائة** من العاملات صرحن بأن **حالتهن الصحية متوسطة وسيئة** وهذا مايؤكد تدهور الحالة الصحية للمبحوثات، وخاصة لدى عاملات النظافة بنسبة **100 بالمائة** والموظفات بنسبة **59.45 بالمائة** وذلك بسبب تدهور ظروف عملهن وإرهاقهن المتواصل والتي يؤثر على سلوكهن الإنجابي، مما يجعلهن يفكرن في إنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة. وأيضا بالنسبة للمبحوثات اللاتي قمن **بإجراء أشعة على الثديين** –حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(39)**- أنه توجد نسبة **72 بالمائة** من قمن بذلك بسبب تخوفهن من **سرطان الثدي** الذي شاع خبره في الآونة الأخيرة ولأسباب أخرى حيث صرحت إحداهن عن **وجود حليب بالثدي** مما تسبب في عدم إنجابها حتى تناولت بعض الأدوية لإزالته، أما فيما يخص كفاية أوعدم كفاية إجازة الوضع – حسب ماتوضحه بيانات **الجدول**

رقم(40)- أنه توجد نسبة **52 بالمائة** من العاملات أجبن **بعدم كفاية إجازة الوضع** لأسباب متعددة منها في حالة **مرض الأم أوالطفل** وأسباب أخرى لم تذكر، وأهم سؤال تم طرحه في الإستمارة والذي يخدم موضوع الدراسة بشكل مباشر –حسب ما توضحه بيانات **الجدول رقم(42)**- هو: **هل ترغبين في إنجاب المزيد من الأطفال؟** فكانت الإجابات تمثل نسبة **75 بالمائة** من المبحوثات لايرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال لأسباب سالفة الذكر في الفصل الخامس (لديها عدد كافي، ظروف عملها لاتسمح بإنجاب طفل آخر.....إلخ)، أما السؤال الخاص **بمدة المباعدة بين معظم ولادات المبحوثات** –حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(43)**- تبين أنه توجد نسبة **64 بالمائة** من المبحوثات يباعدن بين معظم ولاداتهن من**04 إلى05 سنوات** وهذا ما يدل على **مدى تطبيق سياسة المباعدة بين الولادات** من طرف **المبحوثات** منذ **الزواج مباشرة**، وبالنسبة **لنوع وسيلة منع الحمل الأكثر استعمالا** –حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(44)**- أنه توجد نسبة **51 بالمائة** من المبحوثات يستعملن **الحبوب** وذلك بنسبة كبيرة لدى **الموظفات والأستاذات**، تليها **الطريقة الحسابية** بنسبة **29 بالمائة** من المبحوثات وهي الوسيلة الأنسب عند الأستاذات والموظفات، تليها الوسائل الأخرى بنسب متفاوتة الاستعمال، أما من حيث **مدة استعمال تلك الوسائل**- حسب ما توضحه بيانات **الجدول رقم(45)**- أنه توجد نسبة **49 بالمائة** من المبحوثات من كانت مدة استعمالهن لموانع الحمل بين **05 إلى 09سنوات**، تليها نسبة **31 بالمائة** من المبحوثات كان إستعمالهن بين **10 إلى 14 سنة**، وهذا ما يفسر **مدى وصول فكرة تنظيم النسل والإنتشار السريع لوسائل منع الحمل منذ أواخر الثمانينات وإلى يومنا هذا**، وفيما يخص **تأثير الوسيلة المستعملة على الحالة الصحية للمبحوثات**- حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(46)**- أنه توجد نسبة **59 بالمائة** من المبحوثات أجبن **بنعم** أي **أن إستعمالهن لتلك الوسائل وخاصة الحبوب تؤثر على حالتهن الصحية** حتى وإن لم يظهر مفعول تلك الوسائل في السنوات الأولى من الاستعمال ولكن بمرور الوقت تظهر الآثار الجانبية لها وذلك بدليل ظهور أمراض العصر **كالقلق والتوتر وارتفاع ضغط الدم** وخاصة لدى النساء اللاتي يقاربن **الخمسينات والستينات**. وهناك جانب أكثر أهمية في الدراسة الحالية من حيث التعرف على **نوع الرضاعة المستعملة للأطفال**- حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(48)**- أنه توجد نسبة **58 بالمائة** من المبحوثات يعتمدن على **الرضاعة الطبيعية وحليب الأطفال معا** وذلك لأسباب مختلفة حيث صرحت إحداهن عن **إنقطاع حليب الأم في حالة مشكل صحي أو إجتماعي** وذلك سبب كافي **لتعويض حليب الأم بحليب آخر**. وفي حالة حدوث إجهاض أولا وسبب ذلك- حسب ما توضحه بيانات **الجدول رقم(49)**- أنه توجد نسبة **78 بالمائة** من أجبن بلا (لم تحدث لهن إجهاضات) على العكس من ذلك توجد نسبة قليلة تمثل **22 بالمائة** قد حدث لهن إجهاضات تلقائية بسبب عدم درايتهن بأنه حمل مؤكد، وأيضا أسباب أخرى كموت الجنين بعد شهرين داخل بطن الأم لتضطر إلى إجهاضه عمديا بعد تناول أدوية معينة وتصاب في الغالب بنزيف دموي حاد جراء قيامها بذلك مما يؤدي إلى موت الأم في بعض الأحيان بدليل (**حادثة واقعية جرت بمستشفى الولادة بحي**

بيلار بسطيف في شهر ماي 2009 أين تعرضت سيدة لنزيف دموي حاد بعد عملية الوضع مباشرة مما أدى إلى وفاة الجنين والأم معا، وهنا يطرح التساؤل الآتي: أين المراقبة من طرف المسؤولين؟) حيث في الآونة الأخيرة أين أصبحت عملية الإجهاض منتشرة بكثرة خاصة في الوسط الريفي لدى الأميات اللاتي يقمن بأعمال شاقة مما تحدث لهن إجهاضات تلقائية، أما بالنسبة **للبرمجة لكل حمل أوعدمها**–حسب بيانات **الجدول رقم(50)** أنه توجد نسبة **88 بالمائة** من المبحوثات ذات المستويات التعليمية العالية أجبن بنعم عن برمجتهن لكل حمل قد تم وذلك بعد وعي تام وتفاهم الزوجين بعد الزواج مباشرة حول إنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة وذلك مراعاة لظروفهما الاقتصادية وحفاظا على صحة الأم والطفل معا، أي **أن المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة يساهم في خفض معدلات الخصوبة**، وهذا **مايؤكد ترابط وتسلسل فرضيات الدراسة فيمابينها وتأثير وتأثر كل واحدة بالأخرى.** أما السؤال الأخير الذي طرحته الباحثة على المبحوثات حول: **إمكانية الإنجاب حسب الحالة الصحية للمبحوثات أوعدمه وسبب ذلك**–حسب ماتوضحه بيانات **الجدول رقم(51)**– أنه توجد نسبة **67 بالمائة** من المبحوثات أجبن **بعدم قدرتهن على الإنجاب مستقبلا** بسبب **تدهور صحة بعضهن وتصريح أستاذة عن وجود عجز جنسي لدى زوجها، وموظفة بالإدارة بعد مرور05سنوات من الزواج لم تنجب بمشيئة من الله وأسباب أخرى لم تذكر.** وعلى العكس من ذلك وجدت نسبة **33 بالمائة** من أجبن **بقدرتهن على الإنجاب مستقبلا** وخاصة **المتزوجات حديثا ويمتلكن صحة جيدة ويفكرن في الإنجاب لأول مرة** ولكن لايؤثر ذلك على الخصوبة خاصة بعد زواجهن في سن متأخرة **بعد الثلاثينات وإقتناعهن بفكرة إنجاب عدد أقل من الأطفال.** عموما يلاحظ أن لتدهور الظروف الصحية تأثير على الإنجاب لدى المرأة العاملة وذلك أنه كلما كانت الحالة الصحية جيدة للمبحوثات ينجبن عددا أكبر من الأطفال وخاصة في الأرياف، على العكس من ذلك نجد **أن المرأة العاملة في المدينة رغم حالتها الصحية الجيدة لا تنجب عددا أكبر من الأطفال وخاصة بعد حصولها على قسط وافر من التعليم ودخولها عالم الشغل** وغالبا ما تجد أن تدهور الحالة الصحية للمرأة العاملة يحتم عليها التقليل من الإنجاب أو عدم الإنجاب نهائيا لأن ذلك يشكل خطرا على حياتها وحياة طفلها في المستقبل ومن ثمة يحدث خفض في معدلات الخصوبة خاصة في الوسط الحضري التي يعرف يوما بعد يوم المزيد من أمراض العصر والأمراض المزمنة التي باتت تشكل هاجسا يهدد حياة البشر، وبهذا يتحقق صدق الفرضية الرابعة للدراسة.

والنتيجة الهامة أن خروج المرأة للعمل كظاهرة جديدة في المجتمع الجزائري ضرورة اقتضتها الظروف الاقتصادية الصعبة وعدم قدرة الرجل على تلبية كل حاجيات الأسرة فوجدت المرأة نفسها مضطرة للبحث عن فرص عمل وخاصة ذوات المستويات التعليمية العالية (مستوى ثانوي، جامعي)، للمساهمة في الدخل العائلي لأسرتها قبل الزواج ومساعدة الزوج في مصاريف الأسرة بعد الزواج، مع العلم أن خروجها للعمل يتناقض وكثرة الأطفال ومن ثمة تلجأ إلى خفض عدد الولادات

وذلك بإنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة حتى تتمكن من التوفيق بين دوريها المهني والأسري، وبهذا يتم دعم واثبات صحة الفرضية الرئيسية للدراسة.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة

من خلال النتائج المتوصل إليها حول أن كل من ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة **وانخفاض مستواها الاقتصادي (الأجر) وتدهور ظروف عملها وتدهور ظروف صحتها** كلها عوامل **مترابطة ومتفاعلة فيمابينها** تثبت **مدى تأثيرها الفعال في خفض معدلات الخصوبة في الوسط الحضري "المدينة"**، إضافة إلى توظيف بعض المتغيرات التي تساهم في خفض تلك المعدلات وأبرزها **(سن المرأة عند الزواج الأول، مدة استخدام موانع الحمل، نوع الرضاعة المستعملة، إجراء أشعة على الثديين، نوع الوسيلة المستعملة، حدوث إجهاضات أولا، عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم مستقبلا، العدد المفضل من الأطفال لدى المرأة العاملة، طريقة الوضع)**. حيث اعتمدت الباحثة على بعض المتغيرات من خلال إطلاعها على الدراسات السابقة الأجنبية والتي أكدت في غالبيتها مدى تأثير تلك المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية على الخصوبة في كل من تايلندا وتايوان والمجتمع الأمريكي والكوري، إضافة إلى الإستفادة من الدراسات السابقة العربية بهدف الدراسة المعمقة والمتمعنة لدراسة "**نقادي قوراري**" حول الخصوبة في الجزائر وهي **دراسة مشابهة للدراسة الحالية** حيث تطرق فيها إلى أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تساهم في خفض معدلات الخصوبة (كمحل إقامة المرأة، المستوى التعليمي، النشاط المهني للزوجين)، حيث اعتمدت الباحثة على إحدى المتغيرات كمحل إقامة المرأة **(وسط ريفي، حضري)** وبهذا توصلت إلى أن أغلب المبحوثات من أصول حضرية وتوجد نسبة ضئيلة من أصول ريفية وأيضا بالنسبة لمتغير النشاط المهني للزوجين حيث اعتمدت الباحثة على هذا المتغير في جانب معين **(عمل المرأة)** وطبقته على موضوع دراستها **كمتغير رئيسي** تم ربطه **بمتغير الخصوبة** وذلك اعتبارا أن **دخول المرأة عالم الشغل عند سن الإنجاب** من شأنه **أن يقلل من خصوبتها بنسبة كبيرة** حسب ماتوصلت إليه **العديد من الدراسات السابقة.**

ويمكن القول أن نتائج الدراسة التي توصلت إليها الباحثة اليوم كانت بمثابة **حلقة وصل** لما توصلت إليه من سبقوها من الباحثين وهي **دراسة مشابهة** من حيث **محتواها وتحليلها** لدراسة الخصوبة في الجزائر **لنقادي قوراري** لكنه تناولها كظاهرة عامة، في حين أن الباحثة تناولت ظاهرة الخصوبة وهي ظاهرة عامة حيث قامت بفصل أوعزل جانب معين من العوامل المؤثرة فيها وهو **الجانب الاقتصادي** وتعمقت في دراسة هذا **البعد الاقتصادي** وعمدت إلى تحليله **سوسيوديمغرافيا** للتعرف أكثر على **نوع العلاقة بين متغير عمل المرأة والخصوبة ومدى تأثير الأول في الثاني.** كمااستفادت أيضا من دراسة **دريد فطيمة** حول "النمو الديمغرافي وآثاره على التنمية الاقتصادية

والاجتماعية"، علما أن الباحثة في الدراسة الحالية أرادت الاجتهاد أكثر من خلال **تحليل تفسيري للظاهرة** في **جوانبها المختلفة** بغية **تطوير الدراسات الديمغرافية الحضرية** ومحاولة إقناع الهيئات الخاصة بدمجها ضمن برامجها وخططها التنموية المستقبلية.

ثالثا: الإستنتاجات العامة للدراسة

أوضحت المعطيات الإحصائية التي قدمت في الدراسة النظرية والميدانية أن معدلات الخصوبة في الجزائر في انخفاض مستمر، وذلك من خلال تتبع الباحثة لتطورالمؤشر التركيبي للخصوبة الذي انتقل من **8.36** خلال سنة **1970**إلى **5.36** خلال سنة **1986** وازداد انخفاضا سنة **1992** حيث بلغ **4.4** واستمر في الانخفاض إلى سنة **1996** قدر بـــ: **3.14** لاحظت أن مستوى الخصوبة أخذ في التناقص، وبناءا على المعطيات المقدمة في الدراسة النظرية وربطها بالنتائج المستخلصة من تحليل بيانات جداول الدراسة الميدانية وتفسيرها في سياق سوسيوديمغرافي تمكنت من استنتاج ما يلي:

1- دخلت **الجزائر** في **المرحلة الثالثة** من **الانتقال الديمغرافي** وقد تتجاوز هذه المرحلة مستقبلا مع استمرار انخفاض مستوى الولادات عما هو عليه حاليا.

2- العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة **علاقة سلبية وعكسية.**

3-حسب طرح النظريات السكانية المفسرة للخصوبة في علاقتها بالعوامل الاقتصادية أن ارتفاع الطلب على عمالة المرأة يمكن أن يكون وسيلة فعالة للتقليل من معدلات الخصوبة وهذه الآراء صحيحة إلى حد بعيد وذلك مأأكدته وبرهنت عليه نتائج الدراسات السابقة والدراسة الراهنة حول صحة الفرضية العامة "**يساهم عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة بنسبة عالية جدا**".

4- من حيث استخدام الوقت أن الأطفال يستهلكون الكثير من وقت الأم العاملة كما تفترضه النظرية الاقتصادية للخصوبة إلا أن تربية الأطفال لاتتعارض بالضرورة وعمل المرأة و يرجع ذلك إلى إحتمال وجود الأقارب والخدم والأطفال كبار السن الذين لديهم الوقت لمساعدة الأم العاملة وهذا مايوجد في الدول النامية وكذلك تكلفة الطفل التي أصبحت ثقيلة على الأسرة.

5- إن **للمستوى التعليمي للمرأة** أثر جد معتبر في **تخفيض معدلات الخصوبة**، **فالنساء المتعلمات** يمتزن **بخصوبة منخفضة** بكثير عن النساء **غير المتعلمات** كما **للمستوى التعليمي للزوج** أثر لا بأس به في **تخفيض الخصوبة.**

6- إن **التأخر في سن الزواج عند النساء والرجال** له أثر في **انخفاض معدلات الخصوبة**، ويعود هذا **التأخر في سن الزواج عند الإناث** إلى **تمديد فترة التمدرس عندهن وخروج المرأة لعالم الشغل**، بينما يرجع **سن تأخر الزواج لدى الذكور** إلى **تفاقم أزمة البطالة والسكن** نتيجة **الظروف الاقتصادية** والاجتماعية التي تمر بها البلاد، وهذا بعد **انهيار السعر المرجعي للبترول.**

7- **لتغير سلوك المرأة الإنجابي** دور جد معتبر في **انخفاض الخصوبة** التي لعبت بدورها دورا أساسيا في انخفاض عدد الولادات في الفترة الأخيرة.

8- إن **الانتشار الواسع لوسائل منع الحمل** الذي يرجع إلى **ارتفاع الوعي لدى النساء**، كنتيجة **لانخفاض مستوى الأمية لديهن وارتفاع نسبة التمدرس لدى الإناث** أثر بالغ على **انخفاض معدلات خصوبة الأزواج**.

9- إن **خصوبة النساء الحضريات منخفضة بكثير** عن **خصوبة النساء الريفيات** وذلك لخصوصية كل منطقة سكنية بتقاليدها الخاصة، ولعل **المجتمع الحضري** قد ساهم بنسبة أكبر في التخفيض من **المستوى العام للخصوبة**.

10- إن **دخول المرأة عالم الشغل** يساهم بنسبة كبيرة **في تخفيض معدلات الخصوبة فالنساء العاملات** يمتزن **بخصوبة منخفضة** عن **غير العاملات**.

11- **إن للظروف الصحية للمرأة عامة والمرأة العاملة خاصة** أثر جد معتبر في **تخفيض معدلات الخصوبة**، حيث وجدت أنه رغم الظروف الصحية الجيدة للنساء إلا أنهن يفكرن في إنجاب عدد أقل من الأطفال وذلك بعد وعيهن الكامل بالمخاطر المترتبة عن الولادات المتكررة دون المباعدة وسعيا منهن للمحافظة على صحتهن وصحة أطفالهن وخاصة في الوسط الحضري تدهور الظروف الصحية لبعض النساء كإصابتهن بإحدى أمراض العصر كارتفاع ضغط الدم، السكري، سقوط الرحم، هذا كله من شأنه أن يساهم في تخفيض معدلات الخصوبة لأن الولادة تصبح خطرا يهدد حياتهن.

12- وفي الأخير تم استنتاج أن هناك **تباينات في معدلات الخصوبة بين المبحوثات**، حيث وجدت أن **متوسط العمر عند الزواج الأول لدى أفراد العينة** وصل إلى **30 سنة** وهو يقارب **المستوى الوطني**(وحسب تحليل مفصل وصل إلى **33 سنة لدى الأستاذات و28 سنة لدى الموظفات** وبين **20 و21 سنة لدى عاملات النظافة)** وهذا بدوره يؤثر على **معدلات الخصوبة** ممايؤدي إلى **إنخفاضها**، وأيضا بعد **حساب متوسط العمر عند الإنجاب** لدى المبحوثات والذي وجد في حدود **30 سنة** (كما هو موضح في الجدول – د– في صفحة الملاحق)، ويفسر وصول هذا **المتوسط إلى هذا الحد** بسبب **مواصلة النساء للتعليم إلى مستويات عليا، وتأخر سن زواجهن** من جهة، **وأحيانا الزواج في سن صغيرة لكن يفضلن عدم الإنجاب إلى أن يكملن الدراسة أو إلى أن تتحسن ظروفهما الإقتصادية والإجتماعية**، وأيضا تم حساب **متوسط عدد الأطفال للمبحوثات** الذي وصل إلى **2.79 طفل/ لكل امرأة (بمتوسط 2.60 طفل/ لكل أستاذة و2.45 طفل/لكل موظفة و5.6 طفل/ لكل عاملة نظافة) ويفسرإرتفاع هذا المتوسط** عند **عاملات النظافة** إلى **تدني مستواهن التعليمي وزواجهن المبكر والإنجاب في سن مبكرة جدا**، أما **إرتفاعه بنسبة طفيفة** لدى **الأستاذات** يرجع إلى **زواجهن المتأخر وتحسن مستواهن الاقتصادي والإجتماعي وتوفر المزيد من الوقت لأن عملهن بالتدريس بالجامعة**

يتم حصره في يوم أو يومين فقط أي لديهن الوقت الكافي لرعاية أطفالهن، عكس **الموظفات** اللاتي **يعملن طيلة أيام وأسابيع الشهر** (عدم توفر المزيد من الوقت والجهد) إضافة إلى **تدهور مستواهن الاقتصادي والإجتماعي وحتى الصحي** بسبب عودتهن منهكات من العمل لا يقوين على فعل شيء مما تنجر عنه خلافات أسرية خاصة لدى الموظفات بالإدارة اللاتي يشكين من عدم توفيقهن بين الأمور المنزلية والمهنية وحتى لو أردن تحقيق ذلك سيكون على حسابهن، وهنا تتأكد فكرة أن للعوامل الإقتصادية والإجتماعية أثر جد معتبر في تخفيض المستوى العام للخصوبة، ولعل أهم عامل في ذلك هو **خروج المرأة لميدان العمل.**

رابعا: أبرز القضايا التي تثيرها الدراسة الحالية.

– الاهتمام الكبير من طرف المسؤولين **بتشغيل اليد العاملة النسوية** خاصة في **القطاع العام** وتركز **أغلبية أنشطة المرأة** في **قطاع الإدارة والتعليم والخدمات** هو شيء إيجابي وفعال في تحقيق المزيد من برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لاسيما منها في **قطاع الصحة**، وباعتبار المرأة الجزائرية أصبحت تشكل همزة وصل بين مختلف القطاعات المتواجدة في البلاد، وذلك نتيجة الجهود الجبارة التي بذلتها ولازالت إلى حد اليوم تراهن على تحقيقها في سبيل رقي ونهوض مجتمعها من الانهيار والكساد الذي حل بهما في السنوات الماضية، والذي يتطلب المزيد من التضحيات الجسام منها ومن شقيقها الرجل من أجل تحقيق التنمية المستدامة للبلاد.

– محاولة إعطاء صورة واضحة عن **واقع المرأة العاملة الجزائرية بعد فترة الاستقلال** وإلى **يومنا هذا** وذلك من حيث **تطور نسبة تواجدها بقطاع التعليم، ومدى التحاقها بمجالات العمل المختلفة،** ومحاولة **التعرف على ظروف عملها داخل القطاع العام،** ومتابعة **الظروف الصحية لبعض العاملات (بجامعة فرحات عباس بسطيف)، وهي أبرز المؤشرات التي تؤثر بفعالية على سلوكها الإنجابي ومن ثمة مساهمتها في خفض معدلات الخصوبة.**

– التطرق إلى **مفهوم الصحة عامة والصحة الإنجابية خاصة** والتأكيد على أهمية استثمار الجزائر في مجال التربية الصحية وكذا توعية الشعب **بضرورة التخطيط العائلي،** من أجل منح المجتمع الجزائري دينامية ذو توجه مغاير وتحقيق أهداف الألفية في المجال الصحي، وذلك على درب تحسين **صحة الإنجاب مع آفاق 2015،** من خلال **حماية صحة الأمهات والأطفال وتوفير الموارد اللازمة** لذلك (وضع سياسة متعلقة بالأدوية تقوم على الشراكة ودعم الاستثمار الأجنبي والوطني لإنتاج الأدوية الرئيسية مع تأمين مجانية الأدوية الحيوية للمرضى المزمنين) والعمل على **التخفيض من وفيات الأمهات الحوامل والأطفال الرضع** والمزيد من **المراقبة الشديدة في كافة القطاعات خاصة قطاع الصحة.**

خامسا: موقع الدراسة الراهنة من النظريات المفسرة للخصوبة

يتحدد موقع الدراسة الراهنة من خلال الإطلاع المعمق من طرف الباحثة على العديد من الرسائل والأطروحات التي تناولت ظاهرة الخصوبة وأيضا التعرف على النظريات المفسرة للخصوبة، ونتيجة الميل الشخصي لهذا الموضوع ارتأت أن تربطه بأهم متغير "**عمل المرأة**" وذلك بهدف التعرف على **نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة ومدى التأثير الذي يحدثه المتغيرالمستقل في المتغيرالتابع**، ونتيجة الزخم المعرفي والنظري الذي تشمله الكتب والموسوعات وشبكة الإنترنت والتطور المذهل من حيث تشغيل اليد العاملة النسوية وخاصة في قطاع الحكومة مما أثار فضول الباحثة إلى بحث هذا الموضوع لاكتشاف خباياه من خلال تتبع طبيعة ونوع العمل الممارس من طرف المبحوثات داخل الجامعة وذلك بالملاحظة المستمرة والدائمة لكل مايحدث في مكان العمل سواء بالنسبة للأستاذات الدائمات أوالمؤقتات أوالموظفات بالإدارة أوعاملات النظافة للتعرف أكثر على ظروف عملهن واستجواب بعضا منهن حول ظروفهن الصحية.

وبهذا يمكن القول أن الدراسة الراهنة تطرقت إلى عدة جوانب من شخصية المبحوثات بطريقة علمية مكنتها من فهم الظاهرة وتحليلها في سياق سوسيوديمغرافي، وعلى هذا تصنف هذه الدراسة ضمن الاجتهادات التي توصل إليها الديمغرافيون في تفسيراتهم للعوامل المؤثرة على الخصوبة، ومحاولة ربطها بين العوامل الاقتصادية والديمغرافية في إطار النظرية الاقتصادية الجزئية المفسرة للخصوبة أي تأخذ حصة الجزء من الكل.

خلاصة الفصل

بعدما تمت مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فروضها والتي أكدت صحة طرح الفرضية الرئيسية التي ترى أن عمل المرأة يساهم في خفض معدلات الخصوبة وتأكدت من صحة الفروض الجزئية للدراسة التي أدرجتها ضمن متغيرات تم تحليلها وتفسيرها في الدراسة الميدانية وربطها بالواقع المعاش، وتمت الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة الأجنبية والعربية من حيث معالجة الدراسة الحالية لبعض المتغيرات التي تطرقت لها تلك الدراسات للتعرف على أوجه الشبه والاختلاف في طبيعة تناول العوامل المؤثرة على الخصوبة، بالنسبة للدراسات الأجنبية لم تتحصل الباحثة على تفاصيل تلك الدراسات حيث وجدتها جد مختصرة، لكن مكنتها من أخذ صورة مبدئية عن بعض المتغيرات المؤثرة على الخصوبة، ومن ثمة أخذت بالبحث عن دراسات عربية تكون لها صلة مباشرة بمجتمعنا حيث إنتقت الدراسات العربية المشابهة في متغير من متغيرات الدراسة، لتكون بمثابة منطلقات نظرية وتصورية للدراسة الحالية حيث استفادت من دراسة **نقادي قوراري** حول "**الخصوبة في الجزائر**" ودراسة **دريد فطيمة** حول "**النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الإقتصادية والاجتماعية**" ومن ثمة تم التوصل إلى الاستنتاجات العامة للدراسة والتي أكدت أن العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة علاقة عكسية وسلبية خاصة في الوسط الحضري، وإشارتها لأبرز القضايا المهمة التي تثيرها الدراسة الحالية، وتحديد موقع الدراسة الراهنة من النظريات المفسرة للخصوبة، بعد ذلك تأتي آخر خطوة من مراحل إنجاز البحث يتم فيها وضع خاتمة هي حوصلة لماتم تقديمه في الجانب النظري والميداني.

تمهيد:

يعتمد الباحث على أسس علمية تخدم الموضوع المراد دراسته، ولايمكنه أن يقوم بدراسة ظاهرة ما دون أن يوظف هذه المبادئ العلمية، هذه الأخيرة التي توضح له المحاور الرئيسية والجزئية للموضوع ولن يفهم محتوى الموضوع إلا بعد أن يدرك الأهمية العملية والعلمية للدراسة ويوضح أسباب إختيار الموضوع والأهداف المرجوة، ويحدد الأبعاد التي يرغب في التطرق إليها، وكذلك تحديده للمفاهيم الرئيسية لموضوع الدراسة بالإضافة إلى توظيف بعض الدراسات السابقة من خلال الإطلاع على الدوريات والرسائل الجامعية التي تناولت جزءا من الدراسة الحالية وأخذ صورة أولية تمكنه من فهم الموضوع بشكل أفضل وتحليله في سياق التخصص الذي ينتمي إليه، مع العلم أن عنوان البحث لابد أن يتطابق والتخصص الذي يدرسه الباحث، وذلك بهدف الإلمام ببعض الجوانب ضمن التخصص المدروس.

أولا: أهمية وأسباب اختيار موضوع الدراسة

1- أهمية الدراسة: إن أهمية البحوث في علم الاجتماع والديمغرافيا تكمن في التعرف على مختلف الظواهر الإجتماعية والديمغرافية بغية التحقق من نوع العلاقة بينهما، ومدى تأثير كل واحدة في الأخرى، وذلك بتحليل متغيرات كل ظاهرة في سياق التخصص التي يدرسه الباحث، وتتجسد أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- **أهمية عملية:** تتضح الأهمية العملية للدراسة على اعتبار أن المرأة كلفها الله بوظيفة فطرية جبلت على أدائها "الإنجاب"، وأن خروجها للعمل يبقى لضرورة قصوى فقط.

- **أهمية علمية:** تكمن الأهمية العلمية للدراسة في كونها تعالج قضية "**عمل المرأة**" التي ظلت محل العديد من النقاشات الدولية والمحلية، خاصة بعد تزايد نسبة تعليم النساء بما يؤهلهن للمشاركة في كافة مجالات العمل وتولي مختلف المناصب وحتى الترشح للرئاسة أحيانا، إضافة إلى تناول ظاهرة أخرى "**الخصوبة**" التي ظلت تشغل العالم بأسره وخاصة الدول النامية وفي مقدمتها الجزائر وهذا بعد الزيادة السكانية المفرطة التي عرفتها بعد الاستقلال مما استدعى الأمر التدخل السريع لمراجعة السياسة السكانية وذلك بتطبيق تنظيم النسل بهدف التحكم في النمو الديمغرافي الذي أصبح يشكل عقبة في سبيل تحقيق برامج التنمية المسطرة للبلاد، ويمكن أن تصنف ضمن اجتهادات علماء الاجتماع والديمغرافيا.

2- أسباب اختيار موضوع الدراسة: إن اختيار الموضوع لم يكن مجرد صدفة، لكنه بحث علمي مبني على التطلعات العديدة حول التنبؤات عن الإتجاهات المستقبلية لمعدلات الخصوبة وخاصة في الوسط الحضري. إضافة إلى الميل الشخصي إلى كل الموضوعات التي تخص الحركة الطبيعية للسكان لاسيما منها الخصوبة، كما أن بروز ظاهرة خروج المرأة للعمل في الوسط الحضري بشكل

كبير يساهم إلى حد ما في تحقيق برامج التنمية الإقتصادية والإجتماعية للمدن الجزائرية عامة ومدينة سطيف خاصة، وهنا تطرح العديد من النقاشات حول استمرار ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة وإنخفاض المستوى الاقتصادي "الدخل" لأسرتها، إضافة للمعاملة السيئة من طرف رؤساء العمل لبعض العاملات بالإدارة دون مراعاة ظروفهن الخاصة وطبيعة العمل الشاقة لدى عاملات النظافة التي تؤثر على حالتهن الصحية، وذلك كله من شأنه أن يعمل على خفض معدلات الخصوبة في المستقبل وأحيانا التفكير في ترك ذلك العمل. لذا ينبغي على الهيئات الخاصة توفير المزيد من الإهتمام بالعاملات وذلك بتتبع ومراعاة ظروفهن الصحية وضمان مجانية الخدمات الصحية بالمؤسسات من خلال توفير أخصائيات نفسية وإجتماعية، وخاصة في مجال أمراض النساء والحوامل.

<u>ثانيا</u>: أهداف الدراسة

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- التعرف على نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة بغية التوصل إلى أهم المتغيرات المؤثرة في نظرتها وسلوكها إثر دخولها لسوق العمل وإحتكاكها بالعالم الخارجي، والتحقق من مدى تأثير متغير عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة وخاصة في الوسط الحضري.

- التعرف على وضع المرأة العاملة الجزائرية بعد فترة الاستقلال وصولا لواقعها الحالي في جوانب مختلفة (المستوى التعليمي، نوع العمل الممارس، ظروف العمل، الظروف الصحية).

- التعرف على التأثير الذي تحدثه السياسة السكانية على السلوك الإنجابي للسكان عامة والمرأة العاملة خاصة.

- تقييم محدودية السياسة السكانية في الجزائر وذلك من خلال إهتمام الجزائر بسياسة تنظيم النسل وتوضيح أهداف البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي والتعرف على أهم الصعوبات التي واجهها ذلك البرنامج وذلك ماتوضحه في الفصل الثالث.

- مساهمة هذا الموضوع حول عمل المرأة والخصوبة بصفة خاصة والدراسات الديمغرافية بصفة عامة في مجال تحقيق رفاهية الإنسان وذلك من خلال توفير الحقائق الموضوعية التي يمكن أن تستند إليها المخططات الإجتماعية والسياسية والقرارات المختلفة لأن مثل هذه الحقائق (حول عمل المرأة والخصوبة) تفيد الحكومات والهيئات الخاصة في وضع السياسات المتعلقة بالإنتاج وبرامج الخدمات الصحية والتعليمية وغيرها، إعتبارا أن تلك الحقائق هي مطلب ضروري عند التخطيط لكل الأمور سواء على مستوى الدولة أو الأسرة أو المؤسسات المعنية بالأمر.

– إثراء المكتبة الجامعية بمثل هذه الدراسات السوسيوديمغرافية التي تعكس واقع سكان الجزائر عامة وسكان سطيف خاصة.

ثالثا: الإشكالية

اهتم الكثير من الباحثين والمفكرين بدراسة العديد من الظواهر الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية، وذلك محاولة منهم لفهم نوع العلاقة التي تربط تلك الظواهر ببعضها البعض، ومدى تأثر وتأثير كل منها في الأخرى، وعلى هذا تقوم الدراسة الحالية بتتبع الأثر الذي يحدثه عمل المرأة على معدلات الخصوبة على إعتبار أن متغيرعمل المرأة يلعب دورا بارزا ومؤثرا في خصوبتها، حيث إشتركت المرأة في معترك الحياة العملية وساهمت بفعالية في إحداث تغييرات كبيرة على المستوى الإقتصادي والإجتماعي، مع العلم أن خروج المرأة للعمل يتناقض وكثرة الأطفال لمايتطلبه هذا الأخير من أعباء لاتتفق ونظام العمل ومسؤولياته عادة، كما أن العمل كعنصر إقتصادي للمرأة لا يجعلها تفكر في إنجاب عدد أكبر من الأطفال كنوع من تأمين حياتها الزوجية وهو ما قد تلجأ إليه المرأة غير العاملة لاسيما إذا كانت أمية، لذلك كانت المرأة العاملة أكثر وعيا وإتجاها للأخذ بتنظيم الأسرة بنسبة أكبر من غير العاملة. وفي ظل تطور الأعباء الإجتماعية الراهنة وزيادة تكاليف الحياة، أضحى من الضروري أن تتغير العديد من المفاهيم التي كانت تعتبر قبل عقود من الزمن كمحرمات، خاصة ما تعلق منها بعمل المرأة، بعدما صارت المرأة رقما فاعلا في المساعدة على الأعباء المنزلية وذلك بمساهمتها في دخل الأسرة الجزائرية، ولم يكن عمل المرأة إختيارا من طرفها في الكثير من الأحيان، بقدر ماأصبح حاجة ماسة لمساعدة الأب أو الزوج على تكاليف الحياة الصعبة التي تضاعفت بشكل مفرط ولم يعد كليهما بإمكانه تغطية كل الإحتياجات الكاملة للأسرة.

كما إن ارتفاع الخصوبة في الدول النامية وخاصة في الجزائر يعتبر من أكبر المعوقات التي يجب التحكم فيها والتخفيف من حدتها وذلك نتيجة الآثار السلبية التي تتركها على كافة الميادين، وما تسببه في خلق عدة مشاكل إقتصادية، إجتماعية وسياسية. وبناءا على ذلك أصبح من الضروري على تلك الدول وفي مقدمتها الجزائر أن تتبع أسلوب تنظيم النسل من أجل خفض معدلات الخصوبة، وخاصة بعد الزيادة السكانية المفرطة التي عرفتها الجزائر بعد فترة الإستقلال، والتي أصبحت تشكل عقبة في سبيل تحقيق برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد. وانطلاقا من هذه المعضلة التي باتت تشكل هاجسا مخيفا للعديد من الدول وبخاصة الجزائر، تسعى الدراسة الراهنة التعرف على مدى المساهمة الفعلية لخروج المرأة للعمل في خفض معدلات الخصوبة في الوسط الحضري، وذلك من خلال التعرف على الوضعية الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمرأة العاملة وأسرتها وللمجتمع ككل، على إعتبار أن المرأة أصبحت تشكل نصف المجتمع، كما أن مشاركتها في النشاط الإقتصادي والإجتماعي والسياسي من شأنه أن يحفزها للتفكير بتنظيم نسلها، وذلك من خلال زيادة وعيها بطرق إستعمال وسائل منع الحمل والإقتناع الشخصي أن كثرة الإنجاب تضر بصحتها وصحة طفلها وتعرقل

توفيقها بين الأمور المنزلية وعملها خارج المنزل. وعلى هذا الأساس أرادت الباحثة أن تجيب عن عدة تساؤلات وإستفسارات تُمَكِّنها نوعا ما من التعمق في دراسة متغيرات هذا الموضوع والتوصل إلى نتائج يكون لها صدى وفاعلية في المستقبل وتطرح **إشكالية موضوع الدراسة** كالآتي:

* **هل يساهم عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة ؟**

التساؤلات الفرعية:

1- هل يساهم ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة في خفض معدلات الخصوبة ؟

2- هل يؤثر إنخفاض المستوى الإقتصادي للمرأة العاملة على معدلات الخصوبة ؟

3- هل يؤثر تدهور ظروف عمل المرأة العاملة على معدلات الخصوبة ؟

4- هل تؤثر تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة على معدلات الخصوبة ؟

رابعا: تحديد المفاهيم

يعتبر الإطار المفاهيمي بمثابة الخلفية النظرية التي يعتمد عليها الباحث كونها تشكل أدوات بحثية تحدد مضمون ودلالة الإشكالية في ترابط عناصرها، ولهذا أصبح من المألوف في الدراسات السوسيولوجية أن تضبط المفاهيم في سياق نظري كي تسهل للقارئ استيعاب الموضوع بشكل أفضل وذلك من خلال تحديد الباحث للمفاهيم الأساسية من الناحية الإجتماعية والإقتصادية وربط تلك المفاهيم السوسيولوجية بالجانب الديمغرافي والذي هو موضوع الدراسة الحالية لكشف نوع العلاقة بين المتغيرين وإثبات مدى تأثير متغير عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة.

I/- تأثير: Influence

لغة: تأثر، يتأثر به، أي يتطبع به.[1]

إصطلاحا: هو التغيير الذي يطرأ على سلوك المتلقي، أو هو تغيير في سلوك المتلقي النفسي والفيزيولوجي، ويكون إتجاها جديدا، أو قد يتصرف بطريقة جديدة أو يعدل سلوكه القديم.[2]

والتأثير نوعان:

* **تأثير تابع: (Dépendant Influence)** هو تغيير في إتجاه الشخص أو في سلوكه، ويحدث نتيجة الخصائص الإجتماعية للنموذج أو المجموعة.

* **تأثير مستقل: (Indépendant Influence)** هو تغيير في إتجاه الشخص أو في سلوكه، ويحدث بسبب الإقتناع بالموقف المستقبل.[3]

---

[1]- محمد عاطف غيث: **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د.ط، 1997، ص 175.

[2]- **نفس المرجع**: ص 175.

[3]- ر.بورون وف.بوريكو: **المعجم النقدي لعلم الإجتماع**، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، 1987، ص 116.

* **التعريف الإجرائي للتأثير**: إن التأثير هو التغير الإيجابي الذي يحدثه متغيرعمل المرأة على معدلات الخصوبة، مما يؤدي إلى إنخفاضها وذلك حسب نوع وطبيعة العمل الممارس من طرف المرأة العاملة، والذي يحتم عليها إنجاب عدد أقل من الأطفال حتى تتمكن من التوفيق بين أمورها المنزلية والمهنية.

1/- عمل المرأة:

1 - عمل:

لغة: جمع أعمال، مصدر عمل، هو كل فعل بقصد أو فكر، عمل: مهنة[1].

إصطلاحا: يقابل هذا المصطلح بالفرنسية Travail هو جهد تطبيقي لفعل شيء ما، عمل يدوي أو عمل ذهني[2].

أما بالإنجليزية Work هو ذلك الجهد أو النشاط الذي يقوم به الإنسان، ويحصل مقابله على اجر من صاحب العمل[3].

عمليا: تطلق صفة العامل على كل إنسان يمارس نشاطا مهنيا، أو يساعد قريبا له في ممارسة مهنته، سواء أكان ذلك بأجر أو بدون أجر[4].

- يعرفه **قاموس علم الإجتماع** "La Rousse" بأنه: كل فعل جسماني يأتي عن قصد جمعه أعمال.

- يعرفه **هيلين فان فيلد وآخرون** أن مصطلح عمل يشمل كل النشاطات النافعة إجتماعيا (إنتاج قيم إستعمال أو تبادل) والتي لها طابع الضرورة بالنسبة للفرد الذي يمارسها، في هذا الإطار يشمل عمل النساء: العمل المكافأ مباشرة (بيع قوة العمل) أو غير مباشر (بيع إنتاج العمل).

- **العمل المجاني** الذي لا يعترف به المجتمع على أنه عمل ولكنه يظل إجباري بالنسبة للنساء كالعمل المنزلي هو مكمل للنشاطات الرجالية، و عمل الولادة، وتربية الأطفال[5].

ويقصد بالعمل ما يعتبر منه يدويا أو بدنيا، أو ذهنيا، سواء أكان العمل حرفة حرة منزلية وغير منزلية، أو كان بأجر أو بمرتب أو بالعمل أو بمكافأة أو المشاركة أي المساهمة في مؤسسة تثميرية

---

[1] - جبران مسعود: **الرائد : معجم لغوي عصري**، دار العلم للملايين، ط8، د.س، ص: 887.

[2]- **La Rousse**: Librairie de La rousse, Paris, 1986, p.1204.

[3]- سلوى عبد الحميد الخطيب: **نظرة في علم الإجتماع المعاصر**، مطبعة النيل، القاهرة، ط1، 2002، ص 649.

[4]- فريدبريك معتوق: **معجم علم الإجتماع، إنجليزي فرنسي عربي أكاديميا**، بيروت، لبنان، د.س، ص 23.

[5]- هيلين فان فيلد وآخرون: **المرأة الجزائرية**، ترجمة سليم قسطون، دار الحداثة للطباعة والنشروالتوزيع، ط1، 1983، ص 69.

بالعمل أو الخبرة مقابل حصة في الأرباح، ويستوي كذلك أن يكون العمل زراعيا أو تجاريا أو صناعيا أو مهنيا أو غير مهني، طالما سمحت به طاقة المرأة وصلاحيتها لأدائه[1].

– ويعرفه **باركر** بأنه: نشاط يحدث في ظل ظروف توجد فيها المطالب، ويكون المجهود فيها موجها لإنتاج سلعة وخدمات، وعلى أنه كل نشاط إقتصادي يتسبب في إضافة عائد إقتصادي أو إجتماعي للأسرة، سواء أكان بشكل مباشر نقدي أو عيني أو غير مباشر بدون أجر[2].

– ويعرف العمل **إقتصاديا وسياسيا** من قبل ماركس وريكاردو، حيث يؤكدان أن في العمل تتجسد قيمة الإنتاج[3].

– وتعرفه **إحدى الباحثات** هو نشاط منظم ومقصود من شأنه إنتاج خدمة أو سلعة، سواء كان ذلك النشاط عقلي أوعضلي[4].

– والعمل هو أحد عناصر الإنتاج الأساسية، ويطلق هذا المصطلح على الخدمات الإنتاجية التي تتجسد في المجهود الجسماني البشري والمهارات والقدرات العقلية التي يستطيع الإنسان تقديمها لعمليات الإنتاج المختلفة[5]. وهكذا تتجسد فكرة أن البحث العلمي في أي مستوى (ليسانس، ماجستير،أو دكتوراه) ومهما كانت الغاية منه نظرية أو تطبيقية فإنه يمثل هيكلا متكاملا مترابط الأجزاء يميزه التساند الوظيفي لأجزائه المختلفة،

– أو هو ذلك النشاط الواعي الهادف المبذول في عملية الإنتاج أي في إستعمال أدوات الإنتاج من أجل تحويل مادة العمل، فلا يمكن أن نتصور عملا خارج عملية الإنتاج المادية والمعنوية[6].

2– المرأة:

لغة: مشتقة من فعل مرأ، ومصدرها المروءة وتعني كمال الرجل أوالإنسانية[7].

إصطلاحا: هي كائن بشري بطبيعتها رقيقة الخلقة يقتضي حالها الرفق والعطف والحنان[8].

المرأة هي عادة مرتبطة بالخدمة الداخلية للمنزل[9].

---

[1]– حسين عبد الحميد أحمد رشوان: **علم إجتماع المرأة**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د.ط، 1997، ص 96.

[2]– فريد يريك معتوق: **مرجع سابق**، ص 23.

[3]- La Rousse : **OpCite**, p 1205.

[4]– **نورة دريدي: خريجي الجامعة بين التكوين والتشغيل**، رسالة ماجستير، **علم إجتماع التنمية، جامعة قسنطينة، 1998– 1999، ص 138.**

[5]– عبد العزيز فهمي هيكل: **موسوعة المصطلحات الإقتصادية والإحصائية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، د.ب، 1980، ص 479.

[6]– ناصر دادي عدوان: **إقتصاد المؤسسة؟**، دار المحمدية العاصمة، الجزائر، ط2، د.س، ص 122.

[7]– علي بن هادية وآخرون: **القاموس الجديد للطلاب**، دار النشر، القاهرة، ط1، 1979، ص 78.

[8]– محمد بن سالم السيحاني: **أستاذ المرأة**، شركة الشهاب، الجزائر، د.س، ص 2.

[9]- La Rousse : **OpCite,** p 185.

كما أجمع علماء الإجتماع على أن **المرأة والرجل وجهان لعملة واحدة هي الوجود الإنساني ذاته** فليس بمقدور أي طرف أن يكتسب شرعية وجوده كإنسان دون الطرف الآخر والجنس الآخر[1].

*** التعريف الإجرائي لعمل المرأة:**

هو ذلك النشاط الذي يتطلب مجهود فكري أو بدني من طرف المرأة العاملة، والتي تقوم به داخل المؤسسة (الجامعة) سواء أكان ذلك العمل ذهنيا أو بدنيا أو هما معا في القطاعات الثلاث قطاع التعليم العالي قطاع الإدارة قطاع النظافة ويكون مقابل ذلك حصولها على أجر معين، بمعنى أنها تقوم بأعمال ووظائف متنوعة جنبا إلى جنب مع شقيقها الرجل وذلك بهدف المساهمة في خدمة المجتمع وتطويره وتحقيق برامج التنمية في شتى المجالات ولاسيما في قطاع التربية.

2- **معدل:** **Rate**

إصطلاحا: يقصد به عدد الوقائع في فترة زمنية معينة مقسوما على متوسط عدد السكان خلال تلك الفترة، ويستخدم هذا المصطلح ليشير إلى النسبة بين الجزء والكل مثل معدل القيد المدرسي أو معدل القرائية، والمعدلات هي بمثابة مقاييس للتغير بمرور السنوات، وتشير معظم المعدلات (المعدلات التقريبية والمعدلات الصافية) إلى حدوث الوقائع على مدى سنة ميلادية واحدة[2].

- هو مقياس يشير إلى مدى تردد حادثة ما على بعض السكان الذين عايشوها[3].
- أيضا هو قياس شدة ظاهرة ما خلال فترة معينة مثل: قياس معدل نمو السكان السنوي[4].

*** التعريف الإجرائي للمعدل:**

يستخدم مصطلح معدل عند قياس عملية أوظاهرة دينامية، وذلك أنها تخضع للتغير من فترة زمنية لفترات زمنية أخرى ومن مجتمع لآخر حسب تأثير عوامل مختلفة مما تتسبب في إرتفاع تلك المعدلات في فترة زمنية معينة وإنخفاضها في فترات أخرى وأيضا تغيرها داخل المجتمع الواحد والمجتمعات المختلفة عبر فترات عديدة وتم إستخدامه في الدراسة الحالية للتعرف على مدى مساهمة عمل المرأة في إحداث خفض لمعدلات الخصوبة.

IV- الخصوبة: Fécondité

- **لغة:** هي كثرة الكلأ والعشب في مكان ما، تربة خصبة.

---

[1]- علي بن هادية وآخرون: **مرجع سابق**، ص 465.

[2]- رولان بريسا: **معجم علم السكان**، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، 2007، ص ص 293 -294.

[3]- حفاظ الطاهر: **محاضرة في مقياس طرق التحليل الديمغرافي**، سنة أولى ماجستير، تخصص: ديمغرافيا حضرية، 2008، 10:00.

[4]- دبلة عبد العالي: **محاضرة في مقياس سياسات سكانية**، سنة أولى ماجستير، تخصص: ديمغرافيا حضرية، 2008،11:30.

– **اصطلاحا:** الخصوبة تعني قدرة الرجل والمرأة على المشاركة في إنتاج النسل، وقد يكون ذلك فسيولوجيا أو إختياريا، كما تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعلا سواء كان ذلك بالنسبة للفرد أو لمجموعة من الأفراد.

– **الخصوبة في علم الأحياء:** هي القدرة على تهيؤ البويضة للتلقيح عكس العقم **Stérilité**.

– **الخصوبة في علم السكان:** هي عبارة عن ظاهرة ديمغرافية تبين العلاقة بين الولادات الحية من جهة والنساء اللاتي في سن الإنجاب أو الزوجين معا. يضيف "**رولان بريسا**" على أن الخصوبة هي تأكيد الإخصاب الذي يعرفه بالقدرة على الإنجاب، وقد تكون الخصوبة طبيعية أو موجهة[1].

– **الخصوبة البيولوجية أو الكامنة:** تستخدم للدلالة على القوة الكامنة أي القابلية القصوى للشعب على الإنجاب، وعادة تتحدد عند النساء من الناحية البيولوجية بين سن الخامسة عشر والتاسعة والأربعين سنة، على إعتبار أن قابلية الإنجاب لدى المرأة وفقا لهذا التركيب نحو 35 سنة، تحديدا منذ تاريخ بلوغها حتى تاريخ إنقطاع الحيض، وخلال هذه الفترة تتحدد قابلية الإنجاب مرة واحدة كل 28 يوما على وجه التقريب، فإذا حدث الحمل توقف إفراز البويضات تسعة أشهر ينمو خلالها الجنين ويتطور، وإذا أرضع المولود من ثدي الأم، فقد يصبح إفراز البويضات غير منتظم فترة من الزمن عقب الولادة، حيث تصل الخصوبة الكامنة للأنثى العادية إلى 20 طفلا تقريبا بغض النظر عن إنجاب التوائم[2].

– **الخصوبة الطبيعية:** هي خصوبة الزوجين أو المرأة المتزوجة في غياب إستعمال وسائل منع الحمل أو الإجهاض العمدي، أي بمعنى آخر هي السلوك الإنجابي للمرأة دون اللجوء إلى أية وسيلة تحاول بها التباعد بين ولادتها أو الحد من نسلها[3].

– **الخصوبة الفعلية:** تستخدم للدلالة على التكاثر الفعلي للسكان، أي أنه يتمثل بمقدار ما يأتي للشعب فعلا من ولادات، هي المعتمدة في الدراسات السكانية، لأنه ليس من المقبول في أي مجموعة سكانية أن وصلت جميع النساء المنجبات، بل وحتى الغالبية العظمى منهن إلى هذا العدد الكبير من النسل أي إلى تحقيق الخصوبة الكامنة لديهن (في **حدود 20 طفل**)[4].

– **الخصوبة الموجهة:** هي السلوك الإنجابي للمرأة التي تستعمل وسائل منع الحمل بغية تحديد نسلها أو تنظيم ولاداتها، وهي تخص الأزواج عن طريق التدخل الإرادي في توجيه عملية الإنجاب والتفاهم بين الزوجين فيما يخص إنجاب العدد المرغوب فيه، وتجنب غير المرغوب فيه للمحافظة

1- Pressat. R: **Dictionnaire de démographie**, Paris, PUF, 1979, p 75.

2- عبد المنعم عبد الحي: **علم السكان (الأسس النظرية والأبعاد الإجتماعية)**، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ط1، 1985، ص 111

3– Pressat. R: **OpCite,** p 78.

4– **www.3lsoot.com/booksmall/vbook 16802.html.**

على المستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة وحفاظا على صحة الأم والأبناء ومحاولة توفير كل الإحتياجات الضرورية لذلك العدد القليل من الأطفال، ويكون ذلك التدخل شخصيا أي على مستوى الفرد أو مفروضا من طرف الدولة أو المجتمع مثلما حدث في الصين[1].

– **الخصوبة التفاضلية:** يقصد بها تلك الفروقات الموجودة داخل الخصوبة ذاتها في مختلف المجتمعات المدروسة خلال فترة زمنية معينة، ويعبر عن هذه التفاضلات إنطلاقا من المؤشر التركيبي للخصوبة خلال الفترة المدروسة التابعة للمجتمع الأصلي، وتتمثل هذه الفروقات في المقاييس التالية: محل الإقامة (ريف أو حضر)، الإنتماء الديني والثقافي، مستوى الدخل، المستوى التربوي، النشاط المهني[2].

– **الخصوبة العامة:** هي خصوبة كل النساء في سن الإنجاب دون التمييز بين النساء المتزوجات وغير المتزوجات، وتشمل كل من الخصوبة الشرعية وغير الشرعية[3].

– **الخصوبة الشرعية:** (الزواجية) يقصد بها خصوبة كل النساء المتزوجات فقط، بمعنى إنجاب أطفال شرعيين مع القانون.

– **الخصوبة غير شرعية:** يقصد بها خصوبة النساء غير المتزوجات بمعنى إنجاب أطفال غير شرعيين (النغولة)[4].

– **الخصوبة النهائية**(المكتملة): هي الخصوبة التراكمية مع نهاية سنوات الإنجاب وتستخدم لوصف متوسط الإنجاب النهائي لجميع النساء طيلة حياتهن الإنجابية من جهة وأحيانا يستخدم لوصف متوسط الإنجاب النهائي بين النساء المتزوجات فقط، لوحظ أن متوسط الإنجاب يتراوح بين 1.5 إلى 08 أطفال لكل إمرأة، على حين زاد على 10 أطفال في بعض المجتمعات (كندا الفرنسية في القرن الثامن عشر وطائفة الهاترتيس في أمريكا الشمالية في القرن العشرين)، وإذا إستخدمنا هذين المقياسين بصورة صحيحة نحصل على مؤشرات جيدة على مستوى الخصوبة السائدة في المجتمع، وكذا صور التفاوت في كل مقياس والتي ترتبط إرتباطا وثيقا بعدة عوامل إجتماعية وبيولوجية[5].

– **الخصوبة الناقصة:** يقصد بها تناقص القدرة على الإنجاب، وقد تشير الخصوبة الناقصة إلى الذكور أو الإناث أو إلى الزوجين معا، وتحدث في الغالب مع بداية سنوات الإنجاب ونهايتها، وربما يرجع ذلك إلى عدم إنتظام فترة التبويض ووجود عيوب في البويضة أو عيوب في قناة فالوب أو الرحم أو عنق الرحم، أو ربما تعود إلى تكرار حدوث وفيات جنينية بطريقة عفوية، وتفسر أسباب الخصوبة الناقصة بين الذكور إلى إنخفاض مقدار المني وكفاءته والضعف الجنسي[6].

---

[1]- Pressat. R: **OpCite,** p 77.
[2]- **Ibid**: p 76.
[3]- **Ibid**: p 77.
[4]- **Ibid**: p 77.

[5]– رولان بريسا: **مرجع سابق**، ص 96.
[6]– **نفس المرجع:** ص 322.

*** التعريف الإجرائي للخصوبة:**

هي القدرة على التناسل والإنجاب بين الأزواج، وهي ظاهرة ترتبط بالولادات (حية أوميتة) وغالبا فقط الولادات الحية، وتبدأ فترة الخصوبة لدى المرأة من سن الخامس عشر حتى التاسع والأربعين سنة وقد تكون طبيعية أو موجهة، كما أن خصوبة المجتمع تتحدد بجميع نسائه المتزوجات منهن وغير المتزوجات اللاتي هن في سن الإخصاب (الإنجاب).

– **معدل الخصوبة:** هو العلاقة بين عدد الولادات الحية وفئة النساء عند سن الإنجاب خلال فترة زمنية عادة ما تكون سنة[1].

– **معدل الخصوبة العام:** هو نسبة عدد المواليد أحياء في فترة زمنية محددة (سنة ميلادية واحدة في الغالب) إلى متوسط عدد الإناث في سن الإنجاب (15–49 سنة في العادة) خلال نفس السنة لكل 1000، ويمكن التعبير عن ذلك بالصيغة التالية[2]:

$$GFR = \frac{B}{FP_{15-49}}$$

B: إجمالي عدد المواليد.

$FP_{15\text{-}49}$: الإناث في سن الإنجاب.

– **معدل الخصوبة الزواجية العام:** هو نسبة عدد المواليد الأحياء بين الإناث المتزوجات في فترة زمنية محددة (سنة ميلادية واحدة) إلى متوسط عدد الإناث المتزوجات في سن الإنجاب خلال نفس السنة لكل 1000، ويحسب بالصيغة التالية:

$$GMFR = \frac{B_m}{MFP_{15-49}}$$

Bm= مواليد بين الإناث المتزوجات.

$MFP_{15\text{-}49}$= الإناث المتزوجات في سن الإنجاب.

– **معدل الخصوبة الكلي:** هو حاصل جمع معدلات الخصوبة العمرية على مدى السنوات الإنجابية لفترة محددة عادة ما تكون سنة ميلادية واحدة، ويمكن تفسير معدل الخصوبة الكلي بوصفه عدد الأطفال الذين يمكن أن تنجبهم المرأة طيلة حياتها إذا تم الإخبارعن معدلات الخصوبة العمرية لهذه الفترة، وفي حالة توفر الفئات العمرية الخماسية يحسب بالصيغة التالية[3]:

Fa= معدل الخصوبة العمرية عند العمر(a)

$$TFR = 5x \sum_{a=15-49}^{45-49} Fa$$

– **معدل الخصوبة الزواجية الكلي:** هو حاصل جمع معدلات الخصوبة العمرية على مدى السنوات الإنجابية لفترة محددة عادة ما تكون سنة ميلادية واحدة، ويمثل هذا المعدل عدد الأطفال الذين

---

[1]- Gendereau (F)**: la population de l'Afrique**, Khartala Ed, ceped, p 268.

[2]– رولان بريسا: **مرجع سابق**، ص 157.

[3]– **نفس المرجع:** ص ص 329– 330.

يمكن أن تنجبهم المرأة إذا تم الإخبارعن الخصوبة الزواجية المتوسطة في كل عمر، وفي حالة توفرالفئات الخماسية يحسب بالصيغة التالية:

mFa: معدل الخصوبة الزواجية العمرية عند العمر(a)

$$TMFR = 5x \sum_{a=15-49}^{45-49} mFa$$

*** التعريف الإجرائي لمعدلات الخصوبة:**

هي العلاقة بين نسبة عدد الولادات الحية والنساء في سن الإنجاب، وتعتبر تلك المعدلات أكثر دلالة عند المقارنة بين الدول أو الوحدات المكانية.

*** المؤشر التركيبي للخصوبة: Indice Synthétique Fécondité**

يعبر عن المؤشر التركيبي للخصوبة **(ISF)** بمجموع معدلات الخصوبة العامة حسب السن خلال فترة زمنية معينة[1].

خامسا: فرضيات الدراسة

تعتبر مرحلة صياغة الفروض إحدى أهم المراحل المنهجية التي يقوم بها الباحث، إذ توجهه إلى إكتشاف الحقائق وتتبع خبايا الظاهرة موضوع الدراسة وليس هذا فحسب بل تساعده في تحليل الأسباب والعوامل المتحكمة في التغيرات الطارئة على حياة الفرد والمجتمع معا. وبما أن موضوع الدراسة ينصب إهتمامه حول إحدى تلك التغيرات أبرزها خروج المرأة للعمل، حيث أدرج متغيرعمل المرأة في الدراسة الراهنة وتم ربطه بمتغير آخر أكثر أهمية في المجتمع وهو الخصوبة وذلك لمعرفة نوع العلاقة بينهما ومدى تأثير الأول في الثاني خاصة في الوسط الحضري الذي لايزال يعرف الكثيرمن التحولات الكبرى، ومن هنا تم صياغة **الفرضية الرئيسية للبحث** كالآتي:

- يساهم عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة.

ويندرج تحت هذه الفرضية الرئيسية **أربعة فرضيات جزئية** هامة تفيد بإعطاء تفاصيل أدق حول الظاهرة وهي كالآتي:

الفرضية الأولى: يساهم إرتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة في خفض معدلات الخصوبة.
الفرضية الثانية: يؤثر إنخفاض المستوى الإقتصادي للمرأة العاملة على معدلات الخصوبة.
الفرضية الثالثة: يؤثر تدهور ظروف عمل المرأة العاملة على معدلات الخصوبة.
الفرضية الرابعة: يؤثر تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة على معدلات الخصوبة.

[1]- Pressat.R: **OpCite**, p 95.

سادسا: الدراسات السابقة

أولا: الدراسات الأجنبية

1/- دراسة Jeffery (1986): بتايلندا تحت عنوان "أثر المتغيرات الإقتصادية والإجتماعية والديمغرافية على الخصوبة".

إهتمت هذه الدراسة بتأثيرالمتغيرات الإقتصادية والإجتماعية والديمغرافية على الخصوبة في تايلندا، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن (مشاركة المرأة في سوق العمل، إستخدام موانع الحمل، وتعليم المرأة، وعمر المرأة عند الزواج الأول، عدد الأطفال الرضع المتوفين، وعدد الأطفال المرغوب في إنجابهم) هي المتغيرات ذات الأهمية القصوى المؤثرة في الخصوبة[1].

2/- دراسة PAVABU (1988): بتايوان بعنوان "أثر بعض المتغيرات على الخصوبة" حيث أظهرت نتائج الدراسة حول النساء التايوانيات في سن الإنجاب عن وجود علاقة ذات أثر سلبي بين المتغيرات التالية (تعليم الزوجة، التحضر، الدخل) والخصوبة المفضلة للمرأة[2].

3/- دراسة Mary Jo (1980): بأمريكا وكوريا بعنوان "إستخدام وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة" طبقت هذه الدراسة على المجتمع الأمريكي والكوري، وأظهرت أن إستخدام وسائل منع الحمل كان له الأثر الأكبر في إنخفاض الخصوبة في المجتمع الأمريكي، وإتجاه النساء إلى الرضاعة الطبيعية أثر على إنخفاض الخصوبة في كوريا[3].

ثانيا: الدراسات العربية

1/- دراسة "نقادي" Negadi (1975): "الخصوبة في الجزائر"

قام نقادي بدراسة الخصوبة في الجزائر سنة 1975 من حيث مستوياتها وتوجهاتها والعوامل المؤثرة فيها.

إنطلق الباحث في دراسة مستويات وإتجاهات الخصوبة إبتداءا من سنة 1900 إلى غاية 1975، حيث تتبع تطور مستوياتها من خلال العوامل المؤثرة فيها معتمدا في ذلك على معطيات المسح الوطني الخاص بالإحصاء والسكان (ENSP) سنة 1970.

ومن بين العوامل المؤثرة في الخصوبة التي قام بدراستها العوامل الإقتصادية والإجتماعية حيث ذكر ما يلي: "رغم أن الجزائر تمتاز بخصوبة مرتفعة إلا أن هناك فروقات وتفاضلات في مستواها

1- http://www.libyasons.com/**OpCite.**
2- Ibid.
3- Ibid.

حسب المتغيرات الإقتصادية والإجتماعية المتمثلة في محل الإقامة للمرأة، المستوى التعليمي والنشاط المهني للزوجين"[1].

نتائج الدراسة:

1- حسب محل الإقامة للزوجة: لاحظ الباحث أن خصوبة النساء الحضريات اللاتي يتراوح سنهن بين 15-34 سنة منخفضة بنسبة طفيفة مقارنة عند النساء الريفيات في نفس الفئة العمرية، قدر معدل الخصوبة الإجمالي للحضريات بـــ 2.90‰ بينما عند النساء الريفيات بـــ 6.87‰ أي بفارق 7.11‰ بنسبة تعادل 0.24%.

2- حسب المستوى التعليمي: إعتبر نقادي أن أثر المستوى التعليمي للمرأة على الخصوبة العامة غير فعال، وذلك أن نسبة النساء المتعلمات في تلك الفترة كانت ضعيفة، بينما قدرت نسبة النساء غير المتعلمات اللاتي ليس لديهن مستوى تعليمي بـــ 80.6% من مجموع النساء[2].

- استخلص الباحث أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للمرأة ومعدل الخصوبة، حيث قدر معدل الأطفال لكل إمرأة بالنسبة للنساء دون مستوى تعليمي واللاتي يتراوح سنهن بين (30-34سنة) بـــ5.7، أما النساء ذات المستوى الإبتدائي في نفس الفئة العمرية قدر ب 4.7 والنساء ذات المستوى الثانوي فما فوق والمنتميات إلى نفس الفئة العمرية بـــ 3.5 أي بفارق قدره 2.2 بين النساء المتعلمات وغير المتعلمات[3].

- وأشار الباحث أن المستوى التعليمي للزوج لم يكن له أثر كبير على مستوى الخصوبة العامة في الجزائر[4]، غير أنه لاحظ أن هناك تباين بحدة قليلة، وتوصل في الأخير أن خصوبة النساء المقيمات بالحضر منخفضة بنسبة كبيرة عن خصوبة النساء الريفيات خاصة في الفئة العمرية (35-39 سنة) حيث قدر معدل الخصوبة العام بـــ 172.6 للحضريات 274.8 للريفيات[5].

3- حسب النشاط المهني للمرأة: إن دخول المرأة إلى عالم الشغل عند سن الإنجاب من شأنه أن يقلل من خصوبتها بنسبة كبيرة، لكن هذه الظاهرة غير موجودة في الجزائر حاليا، وإن وجدت فهي بنسبة ضئيلة، فحسب معطيات المسح الوطني الخاص بإحصاء السكان 1970 سجل وجود 213 إمرأة عاملة في عينة تشمل 3474 إمرأة تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة ويقطن داخل المدن بنسبة 6.1%. لذا حاول أن يدرس العلاقة بين المعدل المتوسط للأطفال والوضعية الفردية للمرأة إن كانت تشتغل أم لا[6].

---

[1]-Negadi.G:**"La fécondité en Algérie, Niveaux, tendances et facteurs**"thèse de doctorat 3ème cycle, (Démographie), Université de Rene-Descarte, Paris, 1975, p 154.
2- **Ibid**: p 190.
[3]- **Ibid**: p 192.
[4]- **Ibid:** p 194.
[5]- **Ibid**: p 207.
[6]- **Ibid:** p 221.

حيث استخلص الباحث من دراسته نتيجة هامة مفادها: أن عدد المواليد منخفض عند النساء العاملات مقارنة بغيرهن (غير العاملات) ولكن هذا لم يؤثر على المستوى العام للخصوبة على المستوى الوطني.

2/- دراسة "عائشة بورغدة" (1986): "العاملة الجزائرية وتنظيم النسل" أطروحة ماجستير بجامعة الجزائر.

هدف الدراسة: دراسة إتجاه وسلوك المرأة العاملة إيزاء تنظيم النسل، والتعرف على العلاقة بين خروجها للعمل وموقفها من تنظيم الأسرة بغية التوصل إلى أهم المتغيرات المؤثرة في نظرتها وسلوكها إثر دخولها لسوق العمل وإحتكاكها بالعالم الخارجي.

فرضيات الدراسة:

ف1- إن خروج المرأة للعمل يدفعها للتفكير بالأسرة الصغيرة وإنجاب عدد أقل من الأطفال.

ف2- إن المستوى التعليمي للمرأة له تأثير كبير في تحديد نظرتها لحجم عائلتها وأن هناك علاقة عكسية بين المتغيرين.

ف3- إن المحافظة على الوضع المهني والإقتصادي للمرأة العاملة يجعلها تلجأ إلى تنظيم نسلها.

ف4- إن العوامل الدينية والإجتماعية والثقافية هي المعرقلة لتنظيم النسل لدى المرأة العاملة.

أدوات البحث: إعتمدت الباحثة على الملاحظة، المقابلة، الإستمارة.

منهج الدراسة: تم تحليل البيانات وفقا للمنهج التحليلي المقارن والمنهج الإحصائي.

عينة البحث: تكونت عينة البحث من 91 إمرأة عاملة تتراوح أعمارهن بين 17-49 سنة من مستويات تعليمية مختلفة، وإضافة 16 إمرأة غير عاملة.

نتائج الدراسة:

- إن خروج المرأة للعمل أدى إلى تغيير موقفها لصالح تنظيم النسل، كل المؤشرات تدل على أن المطبقات لتنظيم النسل هن الحائزات على مستوى عال من التعليم، فقد تبين أن لهذا العامل أثر في إحداث الفروق عند المقارنة بين مختلف العاملات.

- إن ارتفاع المستوى المهني للمرأة، أي الإطارات العليا النسوية لها العدد الأقل من الأطفال مقارنة بالأخريات.

- إن الرغبة في متابعة تعليم الأطفال، وتربيتهم تربية سليمة من أهم دوافع تنظيم النسل بالنسبة للواتي يرغبن في ذلك، وخاصة بالنسبة للحائزات على مستوى عالي من التعليم.

- أما بالنسبة للاتي خرجن لأسباب مادية، فهذه الأسباب نفسها هي التي أوحت لهن بتنظيم نسلهن.

– **خلاصة القول** أن العوامل الإجتماعية والدينية لها تأثير أكبر من معرفة وسائل منع الحمل، بحيث تنعدم نسبة من هن لا يعرفن تلك الوسائل بالنسبة للفئة للعاملة أو غير العاملة[1].

3/ دراسة "قرزيز محمود" (2002): "عمل المرأة والأسرة في المجتمع الجزائري"

رسالة ماجستير تمت بالمركز الإستشفائي الجامعي "التهامي بن فليس" بباتنة.

إشكالية الدراسة: هل عند توفر شروط وظروف عمل ملائمة وكذا توفربدائل تربوية يمكن للمرأة العاملة أن توفق بين الدورين الأسري والمهني؟

فرضيات الدراسة:

ف1– إن توفر ظروف وشروط عمل ملائمة تساهم في توفيق المرأة بين دوريها الأسري والمهني.

ف2– إن حصول المرأة على أجر كاف يساهم في رفع المستوى الثقافي والإجتماعي والإقتصادي والتربوي للأسرة.

ف3– إن توفر بدائل تربوية جزئية لدور الأمومة كالأقارب يساهم في التخفيف من أعباء رعاية الأبناء.

منهج الدراسة: المنهج التاريخي، المنهج الإحصائي.

أدوات الدراسة: الملاحظة المباشرة، المقابلة، الإستمارة، الوثائق والسجلات من المؤسسة.

عينة الدراسة: تكونت من 104 من أصل 587 عاملة.

أهداف الدراسة:

1– محاولة دراسة ظروف خروج المرأة للعمل وما نجم عنه من آثار سلبية والتي تعتبر المعيق الأول لآداء دورها الطبيعي اتجاه أسرتها.

2– إبراز الأسباب الحقيقية لمساهمة المرأة في الحياة العملية، وأدائها لأدوار جديدة على الرغم من أهمية أدوارها التقليدية.

نتائج الدراسة:

– إن توفير شروط وظروف عمل ملائمة يساهم في تحقيق المرأة للتوفيق بين دوريها الأسري والمهني، وهذا لم يتوفر لدى كل العاملات داخل المؤسسة مما إنعكس سلبا على حياتهن الأسرية والمهنية.

---

[1]– **عائشة بورغدة: العاملة الجزائرية وتنظيم النسل، رسالة ماجستير في علم الإجتماع ، جامعة الجزائر، 1986.**

– أكدت عينة البحث أن الأجر يُصرف بأكمله في أمور البيت، وأغراض الأسرة هو السبب الذي يدفعها للخروج للعمل أكدت أغلبية المبحوثات أنهن يساهمن في تحسين الجانب التربوي لأفراد الأسرة (الأطفال)، وهذا ما يؤكد أثر المستوى التعليمي والثقافي على تربية الأبناء بصورة أفضل.

– إن توفير بدائل تربوية لدور الأمومة ومربيات الأطفال تساهم في التخفيف من أعباء رعاية الأم العاملة الجزائرية أنها وذلك تعيش وضعا غير مستقر في المجال الأسري لكثرة الأدوار الملقاة على عاتقها، إضافة إلى ظروف العمل الصعبة التي لا تناسب طبيعتها الأنثوية في أغلب الأحيان[1].

4/ <u>دراسة</u> "دريد فطيمة" (2006–2007): "النمو الديمغرافي وآثاره على التنمية الإقتصادية والإجتماعية" دراسة في التنظيم العائلي للأسرة الجزائرية. أطروحة دكتوراه دولة بجامعة منتوري بقسنطينة.

إشكالية الدراسة: مامدى تطبيق الأسرة الجزائرية للتنظيم العائلي، وتأثير ذلك على النمو الديمغرافي في الجزائر؟

فرضيات الدراسة:

ف1– يساعد وجود الرضى بين الزوجين على تطبيق التنظيم العائلي.

ف2– كلما اشتدت الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الزوجين كانا أكثر ميلا لتطبيق التنظيم العائلي.

ف3– كلما ارتفع المستوى التعليمي لدى الزوجين كلما إستطاعا تجاوز المعوقات التي تعرقل التنظيم العائلي.

ف4– كلما وفرت الدولة مراكز حماية الأمومة والطفولة تشجع ذلك الأسرة الجزائرية على تنظيم نسلها.

ف5– إن توفر موانع الحمل (على إختلاف أنواعها) يزيد من الإقبال على تنظيم النسل لدى الأسرة الجزائرية.

ف6– إن نجاح التنظيم العائلي للأسرة الجزائرية يساهم في تحقيق التنمية الإقتصادية والإجتماعية في المجتمع.

المنهج المعتمد في الدراسة: المنهج الوصفي.

أدوات جمع البيانات: المقابلة الحرة، المقابلة المقننة، الإستمارة، السجلات والوثائق.

عينة الدراسة: عينة قصدية، عينة عرضية.

---

[1]– محمود قرزيز: عمل المرأة والأسرة في المجتمع الجزائري، رسالة ماجستير في علم الإجتماع، جامعة باتنة، 2001 – 2002.

تكونت العينة من 275 إمرأة بنسبة 10% من مجموع الوافدات على مراكز حماية الأمومة والطفولة شرط أن يكن متزوجات.

نتائج الدراسة:

- نجاح الدولة في توصيل فكرة التنظيم العائلي لمجموع المواطنين وتقبل الأسرة الجزائرية لفكرة تطبيق التنظيم العائلي وممارستها على نطاق واسع بين الكثير من العائلات الجزائرية.

- الانحصار الكبير للقيم المجتمعية المشجعة على كثرة الإنجاب.

- إنشاء وتشييد الدولة لمراكز حماية الأمومة والطفولة في جميع البلديات ودوائر وولايات الوطن، مع توفير المستخدمين لذلك.

* النتيجة الهامة من هذه الدراسة هي توعية الأسرة الجزائرية بضرورة تطبيق فكرة التنظيم العائلي (تنظيم النسل) وذلك لماله من إيجابيات تساهم في تحقيق أهداف التنمية الإقتصادية والإجتماعية للدولة والأسرة معا، إضافة إلى تتبع أهم التغيرات والتطورات التي عرفتها الأسرة الجزائرية في مختلف المجالات، وأبرز تلك التغيرات نجد في مقدمتها: خروج المرأة لميدان العمل والذي كان عاملا مساعدا في تطبيق فكرة التنظيم العائلي.

توظيف الدراسات السابقة في الدراسة الراهنة

بعد إطلاع الباحثة على عدد هائل من الدراسات السابقة على شبكة الأنترنات وفي المكتبات المختلفة (العامة، والخاصة، والدوريات....) تم إنتقاء الأهم والأنسب من حيث تطرق بعضا منها إلى متغير أو أكثر من متغيرات الدراسة الحالية، وبعد القراءة المتأنية لعناصر كل دراسة (الإشكالية والفرضيات) ومحاولة تلخيص أهم ماورد فيها بشكل مختصر جدا، وتتبع المنهجية المعتمدة في تلك الدراسات من حيث إختيار المنهج الملائم والعينة الأكثر تمثيلا لموضوع كل دراسة، حيث تمت الإستفادة منها بشكل كبير في الفصول النظرية(الفصل الثاني والثالث)، كما وجدت أن بعضا منها تطرقت إلى إحدى الفرضيات الجزئية من الدراسة الراهنة، وبهذا أمكن لها أن تستوعب الموضوع بشكل أفضل من خلال تصورات ونتائج حققتها تلك الدارسات، والتي أفادت الباحثة بإعطاء صورة أولية حول بعض المتغيرات وخاصة متغير عمل المرأة، المستوى التعليمي، كما تمت الإستفادة من أطروحة دكتوراه دولة للباحثة "دريد فطيمة" التي تناولت ظاهرة النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الإقتصادية والإجتماعية، وهي دراسة أوسع بكثير إلا أن إجتهاد الباحثة مكنها من الإلمام بجوانب عديدة للدراسة وتناولتها بنوع من التفصيل، وآخرماتطرقت إليه الباحثة هو أن تطبيق فكرة التنظيم العائلي له إيجابيات من حيث مساهمته في تحقيق برامج التنمية الإقتصادية والإجتماعية للدولة والأسرة معا، إضافة إلى تتبع أهم التغيرات التي عرفتها الأسرة الجزائرية وأبرز تلك التغيرات نجد في مقدمتها: **خروج المرأة لميدان العمل والذي كان عاملا مساعدا في تطبيق فكرة تنظيم النسل.**

خلاصة الفصل

بعد عرض الباحثة لأهمية وأسباب اختيار موضوع الدراسة وتوضيح الأهداف المرجوة، وإدراج الإشكالية وتحديد التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية، وتحديد المفاهيم، ووضع الفرضية العامة والفرضيات الجزئية، لتصل إلى أهم مرحلة هي إختيارالدراسات السابقة التي لها علاقة مباشرة بإحدى متغيرات الدراسة ومحاولة عرضها وتحليلها وتلخيصها للإستفادة من نتائجها لتكون بمثابة إنطلاقة لأي بحث علمي. وهكذا تتجسد فكرة أن البحث العلمي في أي مستوى (ليسانس، ماجستير، أودكتوراه) ومهما كانت الغاية منه نظرية أو تطبيقية فإنه يمثل هيكلا متكاملا مترابط الأجزاء يميزه التساند الوظيفي لأجزائه المختلفة. وبهذا يمكن القول أن الدراسة الراهنة هي بمثابة حلقة وصل وتكملة لما تطرقت إليه الباحثة "**دريد فطيمة**" ليتم التعرف على نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة وتأكيد صحة تأثير عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة وتحليل متغير عمل المرأة من خلال ربطه بمتغيرات عديدة بعضا منها تم إدراجها في شكل فرضيات جزئية (المستوى التعليمي، المستوى الإقتصادي، ظروف العمل، الظروف الصحية) والبعض الآخر تم دمجها ضمن أسئلة الإستمارة لتزود الباحثة بتفاصيل أدق عن الظاهرة موضوع الدراسة، لتتمكن في الأخير من تحليل نتائج تلك المتغيرات ضمن تفاعلها في سياق سوسيوديمغرافي وربطها بالواقع المعاش وبهدف مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة، ومحاولة إعطاء وجهة خاصة لكل دراسة من حيث الإلمام بجوانب عديدة حتى لو أغفلت بعضا منها لجانب معين فإن الدراسة التالية تحاول أن تغطي ما أغفلته الدراسة السابقة. كما يقال أن العلم تراكمي ولوظل الباحثون ينطلق كل واحد منهم من الصفر دون مراعاة لما تم إنجازه لما حدث تطور في المعرفة البشرية ولا عرفت التقدم العلمي والتكنولوجي التي تزخر به اليوم.

Université Sétif2

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة فرحات عباس - سطيف-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

استمارة بحث حول

تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة

دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس -سطيف-

من إعداد الطالبة:

دودو نعيمة

تحت إشراف الدكتور:

حفاظ الطاهر

هذه البيانات خاصة بالبحث وتستخدم لأغراض علمية،الرجاء من المبحوثات الإدلاء بالمعلومات اللازمة لمساعدة الباحثة على آداء مهمتها العلمية.

السنة الجامعية 2010- 2011

المحور الأول:

البيانات الشخصية

1- السن الحالي:................

2- السن عند الزواج الأول:...........

3- المستوى التعليمي للزوجة: إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

4- المستوى التعليمي للزوج: إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

5- الحالة العائلية: متزوجة ☐ مطلقة ☐ منفصلة ☐ أرملة ☐

6- ما هو العدد الحالي من الأطفال؟ ☐

7- الموطن الأصلي للزوجة: حضري ☐ شبه حضري ☐ ريفي ☐

8- الموطن الأصلي للزوج: حضري ☐ شبه حضري ☐ ريفي ☐

المحور الثاني: يوضح أثر ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة العاملة ومساهمته في خفض معدلات الخصوبة.

9- هل المستوى التعليمي للزوجين يساهم في خفض عدد الولادات؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم: أيهما أكثر تأثيرا؟ الزوج ☐ الزوجة ☐ معا ☐

10- هل أنت راضية عن مستواك التعليمي؟ راضية ☐ غير راضية ☐

11- هل ترغبين في متابعة تكوين آخر؟ نعم ☐ لا ☐

- ما نوع التكوين المفضل؟ لغات ☐ إعلام آلي ☐ دراسات عليا ☐ أخرى ☐

12- هل ترين أن مستواك التعليمي يتوافق مع عملك الحالي؟ نعم ☐ لا ☐

13- هل يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على تحصيل الأبناء؟ نعم ☐ لا ☐

14- هل تمارسين عملا آخر إضافة إلى عملك الحالي؟ نعم ☐ لا ☐

15- هل اختلاف المستوى التعليمي للزوجين يؤثر على معدلات الخصوبة؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث: يوضح أثر انخفاض المستوى الاقتصادي للمرأة العاملة ومساهمته في خفض معدلات الخصوبة.

16- بعد الزواج مباشرة ما طبيعة السكن الذي أقمت به؟ مع أسرة الزوج ☐ مع أسرة الزوجة ☐

17- هل مسكنك الحالي؟ ملكية خاصة ☐ ملكية مشتركة ☐ مسكن وظيفي ☐ إيجار ☐

أخرى ....

18- المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد ☐ متوسط ☐ ضعيف ☐

19- ما الدافع الرئيسي من خروجك للعمل؟ الحاجة المادية ☐ كسب مكانة اجتماعية ☐

حب العمل ☐

20- مع من اتخذت قرار خروجك للعمل؟ قرار شخصي ☐ من طرف أسرتك الأولى ☐

مع الزوج ☐

21- هل الأجر الذي تتقاضيه كاف لسد حاجيات أسرتك؟ كاف ☐ غير كاف ☐

- في حالة الإجابة بغير كاف، لماذا؟ دفع أقساط الإيجار ☐ أعباء أخرى ☐

22- هل قيمة أجرك؟ أكبر من أجر زوجك ☐ يساوي أجر الزوج ☐ أقل من أجر الزوج ☐

23- هل تساهمين في مصاريف الأسرة؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم ما مقدار مساهمتك؟ الأجر كله ☐ نصف الأجر ☐ جزء منه فقط ☐

24- هل ترين أن خروج المرأة للعمل يساهم في خفض عدد الولادات؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع: يوضح أثر تدهور ظروف عمل المرأة العاملة ومساهمتها في خفض معدلات الخصوبة.

25- هل أنت راضية عن ظروف عملك؟ راضية ☐ غير راضية ☐

- في حالة الإجابة بغير راضية، ما سبب ذلك؟ انعدام الأجهزة الحديثة ☐ ضغوط العمل ☐

سوء التنظيم ☐ انعدام النظافة ☐

26- كيف ترين معاملة أصحاب القرار لك؟ طيبة ☐ سيئة ☐

27- هل تعرضت لعقوبات من طرف إدارة المؤسسة؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما سبب ذلك؟ كثرة التغيب عن العمل ☐ أخطاء العمل ☐

قلة الانضباط ☐

28- كيف ترين أوقات العمل؟ مناسبة ☐ غير مناسبة ☐

29- هل ترين أن طبيعة عملك تؤثر على اقتناعك بخفض عدد الولادات؟ نعم ☐ لا ☐

30- هل بقاءك لمدة أطول في العمل يؤثر على رعاية الزوج والأبناء؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، فيما تفكرين مستقبلا؟ الاستقالة من العمل ☐ البحث عن عمل مناسب ☐

إرسال أطفالك إلى رياض الأطفال ☐ أخرى........

31- ما هي وسيلة تنقلك إلى مكان العمل؟ سيارة خاصة ☐ سيارة أجرة ☐

حافلة النقل الحضري ☐

32- ما هي أهم المشكلات التي تتعرضين لها باستمرار في حياتك الزوجية والمهنية؟

مشكلات اقتصادية ☐ مشكلات صحية ☐ مشكلات اجتماعية ☐ مشكلات نفسية ☐

33- هل ترين أن تلك المشكلات تؤثر على اقتناعك بخفض عدد الولادات مستقبلا؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الخامس: يوضح اثر تدهور الظروف الصحية للمرأة العاملة ومساهمتها في خفض معدلات الخصوبة.

34- كي ترين صحتك؟ جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة ☐

35- بعد الزواج متى كانت أول ولادة؟ سنة واحدة ☐ سنتين ☐ 3سنوات ☐

4 سنوات فأكثر ☐

36- حسب رأيك ما هي أعراض الحمل المتكررة لدى المرأة؟ ثقل في أسفل البطن ☐

صعوبة في التحكم في التبول ☐ ألم في الظهر والمفاصل ☐ غثيان وتقيؤ شديد ☐

وهن اليدين والرجلين ☐ ألم في الصدر والثدي ☐ أرق متواصل ☐ صداع شديد ☐

37- هل أنت حامل حاليا؟ نعم ☐ لا ☐

38- هل كنت ترغبين بالحمل الأخير؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بلا، لماذا؟ لم أكن أريد الإنجاب الكثير ☐ أريد الانتظار ☐

39- هل قمت بإجراء أشعة على الثديين؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، كيف ترين تكاليفها؟ باهضة ☐ باهضة جدا ☐

40- هل ترين أن مدة إجازة الوضع؟ كافية ☐ غير كافية ☐

- في حالة الإجابة بغير كافية لماذا؟ في حالة مرض الأم ☐

في حالة مرض الطفل ☐ أخرى.......

41- هل يكون القرار فرديا أو للزوجين معا؟ قرار فردي ☐ الزوجين معا ☐

- ما هو العدد المرغوب به؟ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 -6 ☐ 7 فأكثر ☐

42- هل ترغبين في إنجاب المزيد من الأطفال؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم هل تفضلينهم؟ ذكورا ☐ إناثا ☐ لماذا.....................

....

43- ما هي مدة المباعدة بين معظم ولاداتك؟ أقل من سنة ☐ 2-3 سنوات ☐

4-5 سنوات ☐ 6 سنوات فأكثر ☐

44- ما نوع الوسيلة المستعملة لديك؟ الطريقة الحسابية ☐ الحبوب ☐ الواقي الذكري ☐

الحقن ☐ المراهم ☐ الرضاعة الطبيعة ☐ أخرى تذكر................

45- ما هي مدة استعمالك لها؟ أقل من 4 سنوات ☐ 5-9 سنوات ☐ 10-14 سنة ☐

15 سنة فأكثر ☐

46- هل ترين أن استعمالك لتلك الوسيلة تؤثر على حالتك الصحية؟ نعم ☐ لا ☐

47- ما طبيعة أغلب ولاداتك التي تمت؟ طبيعية ☐ قيصرية ☐ معا ☐

48- ما نوع الرضاعة المستعملة لديك؟ رضاعة طبيعية ☐ حليب أطفال ☐ معا ☐

49- هل حدث لك إجهاض؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما سبب ذلك؟ لم أكن أدري أنه حمل مؤكد ☐ أخرى تذكر........

....

50- هل كل حمل تم كان مبرمجا؟ نعم ☐ لا ☐

51- هل ظروفك الصحية تسمح لك بالإنجاب مستقبلا؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بلا، هل يرجع ذلك إلى: الخوف على صحة الأم ☐

الخوف على صحة الجنين ☐

أخرى ....

الاقتراحات والتوصيات:

– ينبغي للباحث في علم الإجتماع أن يدرس الظواهر الديمغرافية ويحللها في سياق سوسيولوجي وذلك بتحليل المتغيرات الديمغرافية وربطها بالمتغيرات الإجتماعية والإقتصادية بهدف التعرف على نوع ودرجة التأثير الذي يحدثه كل متغير في الآخر وذلك في ظل شواهد من الواقع المعاش.

– تحسين دور ومكانة المرأة إجتماعيا، وإقتصاديا وتعلمهن يساعد في تحسين صحتهن وصحة الطفل.

– بالنظر لأهمية عمل المرأة الذي يدعم إستقلالها الإقتصادي إلا أن بعض العوامل الإقتصادية والإجتماعية والثقافية قد أدت إلى التأثير سلبا على عملها مما يستدعي تحسين أوضاع المرأة في العمل.

– المزيد من الإهتمام بتدريب المرأة وإعدادها لشغل أي وظيفة مناسبة لقدراتها ومؤهلاتها.

– تقييم عمل المرأة الداخلي والخارجي وتطوير الخدمات الصحية داخل مؤسسات العمل.

– تمكين المرأة من المشاركة في صنع القرار الأسري (إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال) الذي لا يقل أهمية عن صنع القرارات الأخرى.

– التغلب على مشكلة إرتفاع الأمية بين النساء الذي يعتبر التحدي الحقيقي أمام إندماج المرأة في مجالات العمل المختلفة، وقيامها بالدور المنوط بها وذلك بهدف مساهمتها بشكل أكبر في تحقيق برامج التنمية.

– الإهتمام والتدقيق في المعطيات الديمغرافية التي يزودنا بها الديوان الوطني للإحصائيات (بتحفظ)، وخاصة فيما يتعلق بمعدل الزيادة الطبيعية ومتابعة ذلك بإجراء دراسات وأبحاث متخصصة في الديمغرافيا كل سنة لنثبت مدى تطابق تلك المعطيات مع نتائج الواقع المعاش.

– تكثيف حملات التوعية الخاصة بالتنظيم العائلي للأزواج وخاصة النساء وإقناعهم بفكرة الحجم الأمثل للأسرة (إنجاب عدد أقل لتكون أسرة مثالية) لتسهيل عملية التربية والعناية بجميع الأبناء وتوفير حاجياتهم، والعمل على خفض معدلات الخصوبة في المستقبل بما يتلاءم والظروف الإجتماعية والإقتصادية للأسر الجزائرية.

– تفعيل دور الأخصائي الإجتماعي داخل المجتمع عامة ومؤسسات العمل خاصة.

– بالنظر لأهمية مواضيع علم السكان ينبغي القيام بمزيد من الدراسات والأبحاث المتخصصة ودراسة العوامل المؤثرة في الظواهر السكانية ومدى تأثير كل منهما في الآخر.

- توعية المرأة بالثقافة الصحية ومشاركتها في مجال العمل لتقتنع بضرورة فائدة المباعدة بين الولادات وكذا المعرفة الكاملة بكيفية إستعمال موانع الحمل، وتأخير سن زواجها.

- توفير الخدمات الصحية كمراكز حماية الأمومة والطفولة وتقريبها من الأم (الصحة الجوارية) وخاصة بالأرياف وتوفير الظروف الحسنة للولادة الجيدة للعزوف عن فكرة التعويض.

- مازلنا نحتاج إلى دراسات معمقة والتي توضح لنا المزيد من إستخدام الوقت لمعرفة الوظائف الأكثر ملاءمة لرعاية الأطفال والوظائف التي لا تناسبها وكيفية تأثر وقت العمل بوجود الأطفال، كما كان سائدا في السابق من حيث ممارسة النساء لبعض الوظائف التقليدية التي تبيح لها إحضار طفلها إلى مكان العمل ورعايته أثناء تأدية عملها، وأحيانا تتيح لها فترات تتوقف عن العمل لإرضاع طفلها.

- تطوير إستراتيجية واضحة للإستثمار في الموارد البشرية وتطوير قدرات العاملات.

- لابد من وجود دراسات متخصصة تدرس إحتياجات السوق حتى يتم الربط بين إحتياجات سوق العمل والتخصصات المطلوبة لتلبية ذلك، ومن ثمة توجيه تعليم النساء بما يضمن حصولهن على فرص عمل بعد تخرجهن من مختلف المعاهد والجامعات.

- ضرورة العناية بالصحة الإنجابية للنساء العاملات وخاصة بالنسبة للفئات العمرية أقل من 20 سنة وأكثر من 40 سنة وهي الفئات الأكثر تضررا في حالة حدوث الحمل المبكر والمتكرر الذي يضر بصحة الأمهات والأطفال معا.

- محاولة توفير ظروف عمل ملائمة للنساء العاملات مع مراعاة ظروفهن الخاصة وخاصة عاملات النظافة.

- ينبغي تطوير الدراسات الديمغرافية المنجزة في الجزائر وإقناع الهيئات الخاصة بدمجها ضمن برامجها وخططها التنموية المستقبلية.

- إن أمراض النساء لم تحظى بالإهتمام المطلوب في بلدنا، وذلك ما أكدته العديد من الدراسات حول الانتشار الكبير لبعض الأمراض إضافة إلى عدم الاهتمام بالنساء ما بعد سن الخمسين والنساء غير المتزوجات.

- أيضا إعتماد المنظور السلبي للمرض وإقتباس المفهوم الطبي للمرض، حيث أهملت النساء نظرتهن للمرض وإلى مشاكلهن الصحية، حيث أكدت بعض الدراسات أنّ نظرة المرأة لصحتها هي أكثر شمولية في نطاقها من المفهوم الطبي للصحة[1].

- ضرورة إعادة النظر في المراقبة الشاملة لكل القطاعات التربية، الشغل، الصحة....إلخ.

---

[1]- رزيق هدى: **مقاربة شاملة لصحة المرأة**، كتاب المرأة مرآة مجلس كنائس الشرق الأوسط، حلقة استشارية، د.ط، 2000، ص 26.

شهدت الجزائر انخفاضا ملحوظا في معدلات الخصوبة، حيث إنتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 8.36 خلال سنة 1970 إلى 5.36 في سنة 1986، وإزداد هذا المؤشر إنخفاضا في سنة 1992 حيث بلغ 4.4 طفل لكل امرأة، وهو مقدر ب 3.14 حسب معطيات الديوان الوطني للإحصاء في سنة 1996، وقد عرفت الخصوبة هذا المستوى من الإنخفاض عبر جميع الفئات العمرية للنساء في سن الإنجاب. كما عرفت خصوبة الأزواج هي الأخرى انخفاضا محسوسا، حيث إنتقل معدل الخصوبة العمرية الشرعية لإجمالي النساء في سن الإنجاب من (279، 329 في الألف خلال سنتي 1986، 1976على الترتيب إلى 193 في الألف خلال سنة 1992) .

وقد عرفت الولادات تطورا ملحوظا يميل إلى الإنخفاض، فالمعدل الخام للولادات إنخفض من 32.4، 43.8 في الألف في سنتي 1970 و1986 على التوالي إلى 24.2 في الألف خلال سنة 1992 ليزداد هذا المعدل انخفاضا في سنة 1998 حيث بلغ 21.02 في الألف، وشهدت الوفيات هي الأخرى انخفاضا محسوسا ومنتظما إذ انتقل المعدل الخام للوفيات من 16.7 في الألف خلال سنة 1970 إلى 6.09 في الألف سنة 1992 ليصل هذا المعدل إلى 5.82 في الألف سنة 1998، كما عرفت معدلات الخصوبة انخفاضا محسوسا وذلك ما أبرزته نتائج المسوح الثلاث التي جرت في الجزائر. حيث لعبت السياسة السكانية المتبعة من قبل الحكومة الجزائرية دورا هاما في انخفاض المستوى العام للخصوبة وذلك بفضل تطبيقها للمخطط الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي(PNMCD).

حيث تطرقت الدراسة الحالية إلى موضوع عمل المرأة والخصوبة وتحليل مدى تأثير المتغير الأول وإحداث خفض في المتغير الثاني، ومن خلال ماتم عرضه في الجانب النظري للدراسة حيث أدرجنا في البداية النظريات المفسرة لعمل المرأة، بالنظر لما يكتسيه هذا الأخير من أهمية في المجتمع خاصة بعد حصولها على قسط وافر من التعليم والذي يؤهلها بدوره لإقتحام عالم الشغل، وقمنا بإدراج فصل خاص بالخصوبة للتعرف على ماهيتها ومعدلاتها وإتجاهاتها وعرضنا أهم النظريات المفسرة للخصوبة وواقع الخصوبة في الجزائر وتطرقنا بنوع من التفصيل لأبرز العوامل المساهمة في خفض معدلات الخصوبة في الجزائر وأخذنا مدينة سطيف نموذجا كونها تشهد في الآونة الأخيرة نسبة كبيرة من تشغيل اليد العاملة النسوية وخاصة في القطاع الحكومي. وتم ربط ما تضمنه الجانب النظري بالجانب الميداني من خلال فصوله الثلاثة الأخيرة والتي تم فيها أولا وضع الإجراءات المنهجية اللازمة للدراسة، ثانيا عرض وتحليل البيانات لإكتشاف مدى تأثير متغير عمل المرأة على السلوك الإنجابي حيث خصصنا مجالا أوسع لتحليل العلاقة بين المتغيرات المرتبطة بعمل المرأة (المستوى التعليمي، المستوى الإقتصادي، ظروف العمل، الظروف الصحية) من خلال أسئلة الإستمارة والتي أفادت الباحثة بمعطيات إيجابية ساهمت في إثراء البحث، وفي الأخير تم مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فروضها والدراسات السابقة، وصولا إلى النتائج العامة للدراسة وأبرز القضايا التي تثيرها الدراسة الراهنة وموقع هذه الدراسة من النظريات المفسرة للخصوبة. وما توفيقنا لإنجاز هذا العمل المتواضع إلا من الله ونسأله أن يوفقنا دوما وأن نجتهد ونواصل على نفس الدرب الذي سرنا عليه.

تشكرات

أول شكري "لله" رب العالمين الذي رزقني العقل والصبر ووفقني لإتمام هذا العمل المتواضع.

بداية أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الدكتور حفاظ الطاهر الذي كان لي نعم الأستاذ والأب الحقيقي، والذي لم يبخل علي بنصائحه وتوجيهاته ومساعدته لي في إقتناء المراجع القيمة في الديمغرافيا وصبره معي طيلة مدة إنجاز هذا العمل.

وأتقدم بشكر خاص لكافة أعضاء لجنة المناقشة والتحكيم من جامعة سطيف وباتنة على قبول الدعوة لمناقشة هذه المذكرة، الذي أرجو أن تكون في المستوى المطلوب، وأن تعكس نتائج الدراسة الراهنة مستوى تحصيل الطالبة لتخصص ديمغرافيا حضرية المستحدث في قسم العلوم الإجتماعية بجامعة فرحات عباس بسطيف، وتأمل أن يدرج كقسم خاص في السنوات المقبلة.

كما أشكر كل من أعانني من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل من أساتذة قسم علم الإجتماع وخاصة الأستاذ كتاف الرزقي وكافة عمال المكتبة والإدارة وكل الأساتذة المحترمين والأصدقاء الذين كانوا لي سندا ولم يبخلوا علي بآرائهم وتوجيهاتهم.

وأتقدم بشكر خاص بالوفاء والتقدير للدكتور المحترم وعميد كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية سفاري ميلود الذي كان لي مرشدا وشعلة أمل أنار دربي بنصائحه السديدة منذ دخولي الجامعة ومساعدته لي في اقتناء المراجع القيمة في المنهجية طيلة سنوات الدراسة بالجامعة.

بعض الجداول التابعة لعملية التحليل في الدراسة الميدانية

الجدول (أ): توزيع الأستاذات حسب سن الزواج الأول

الفئات	A(x+2.5)	N (x.x+5) الأستاذات	A*N (x.x+5)
19-15	17.5	-	-
24-20	22.5	01	22.5
29-25	27.5	10	275
34-30	32.5	28	910
39-35	37.5	16	600
44-40	42.5	-	-
49-45	47.5	-	-
مج	**-**	**55**	**1807.5**

متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الأستاذات:

$$X = \frac{\sum[(X + 2.5) * m(x.x + 5)]}{\sum m(x.x + 5)}$$

$$X = \frac{1807.4}{55}$$

X= 32.86 ≈ 33 ans

الجدول (ب): توزيع الموظفات حسب سن الزواج الأول

الفئات	A(x+2.5)	الموظفات N (x.x+5)	A*N (x.x+5)
19-15	17.5	02	35
24-20	22.5	08	180
29-25	27.5	19	522.5
34-30	32.5	03	97.5
39-35	37.5	05	187.5
44-40	42.5	-	-
49-45	47.5	-	-
مج	-	**37**	**1002.5**

متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الموظفات:

$$X = \frac{\sum[(X + 2.5) * m(x.x + 5)]}{\sum m(x.x + 5)}$$

$$X = \frac{1002.5}{37}$$

X = 27.63 ≈ *28 ans*

الجدول (ج): توزيع عاملات النظافة حسب سن الزواج الاول

A*N (x.x+5)	عاملات النظافة N (x.x+5)	A(x+2.5)	الفئات
70	04	17.5	**19-15**
67.5	03	22.5	**24-20**
27.5	01	27.5	**29-25**
-	-	32.5	**34-30**
-	-	37.5	**39-35**
-	-	42.5	**44-40**
-	-	47.5	**49-45**
1658	**08**	**-**	**مج**

متوسط العمر عند الزواج الأول لدى عاملات النظافة:

$$X = \frac{\sum[(X + 2.5) * N(x.x + 5)]}{\sum m(x.x + 5)}$$

$$X = \frac{1658}{8}$$

X= 20.62 ≈ 21 ans

* متوسط العمر عند الزواج الأول لدى أفراد العينة هو 29.95≈ 30 سنة.
* متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الأستاذات هو 32.86 ≈ 33 سنة.
* متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الموظفات هو 27.63≈ 28 سنة.
* متوسط العمر عند الزواج الأول لدى عاملات النظافة هو 20.62≈21 سنة

الجدول (د): توزيع المبحوثات عبر الفئات حسب عدد الأطفال الحالي

An(x.x+5)	N(x.x+5)	A(x+2.5)	التكرارات / العمر
-	0	17.5	**19-15**
247.5	11	22.5	**24-20**
1650	60	27.5	**29-25**
2925	90	32.5	**34-30**
2212.5	59	37.5	**39-35**
850	20	42.5	**44-40**
475	10	47.5	**49-45**
8360	**279**	**-**	**مج**

– حساب متوسط العمر عند الإنجاب:

$$m = \frac{\sum \boldsymbol{n}[(x.x+5)X(x.x+2.5)]}{\sum \boldsymbol{n}(x.x+5)}$$

$$m = \frac{8360}{279}$$

***m*= 29.96≈ 30 ans**

– حساب المؤشر التركيبي الخصوبة: هو مجموع الولادات من 15 – 49 سنة (عدد الأطفال) على إجمالي عدد العاملات

$$X = \frac{\sum \boldsymbol{n}(x.x+5)}{N}$$

$$X = \frac{279}{100}$$

***X* = 2.79**

$\boldsymbol{n}(x.x+5)$: عدد الأطفال (عدد الولادات الحية)

أفراد العينة \ عدد الأطفال	0	1	2	3	4	5	6 فأكثر	المجموع
الأستاذات	2	5	20	18	10	0	/	55
الموظفات	2	8	10	05	12	/	/	37
عاملات.ن	/	/	/	/	/	03	05	08
المجموع	**04**	**13**	**30**	**23**	**22**	**03**	**05**	**100**

N : عدد النساء.

الجدول (هــ): توزيع عدد أطفال المبحوثات حسب طبيعة العمل

– عدد أطفال الأستاذات: 5+40+54+44= 143 طفل. $\frac{143}{55}$ = 2.6 ط/امرأة

– عدد أطفال الموظفات: 8+20+15+48= 91 طفل. $\frac{91}{37}$ = 2.45 ط/امرأة

– عدد أطفال عاملات النظافة: 15+30 = 45 طفل. $\frac{45}{8}$ = 5.62 ط/امرأة

فهرس الأشكال

فهرس الجداول العامة

فهرس جداول الدراسة الميدانية

المراجع باللغة العربية:

أولا: من القرآن الكريم:

1- سورة الأحزاب.

2- سورة البقرة.

3- سورة النساء.

4- سورة الأنعام.

ثانيا:: القواميس، المعاجم والموسوعات:

1- علي بن هادية وآخرون : القاموس الجديد للطلاب، دار النشر، القاهرة، ط1، 1979.

2- محمد عاطف غيث: قاموس علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د ط، 1997.

3- محمد عاطف غيث: قاموس علم الإجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999.

4- جبران مسعود: الرائد: معجم لغوي عصري، دار العلم للملايين، ط8، د س.

5- ر.بورون. وف بوريكو: المعجم النقدي لعلم الإجتماع، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، 1987.

6- إعداد نخبة من الأساتذة: معجم العلوم الإجتماعية، مراجعة ابراهيم، مذكور، الهيئة المصرية، 1975.

7- فريديريك معتوق: معجم علم الإجتماع، أنجليزي عربي أكاديميا، بيروت، لبنان، د ذ.

8- رولان بريسا: معجم علم السكان، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة، 2007.

9-عبد العزيز فهمي هيكل: موسوعة المصطلحات الإقتصادية والإحصائية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، د.ب، 1980.

ثانيا: الكتب

1- السيد عبد العاطي السيد: علم الإجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.

2- معن خليل عمر: علم إجتماع الأسرة، الشروق للنشروالتوزيع، بيروت، ط1، 1994.

3- السعيد مربيعي: التغيرات السكانية في الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1970.

4- سلوى عثمان الصديقي: قضايا الأسرة والسكان، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، د ط، 2001.

5- سلوى عبد الحميد الخطيب: نظرة في علم الإجتماع المعاصر، مطبعة النيل، القاهرة، ط1، 2002.

6- هيلين فان فيلد وآخرون: المرأة الجزائرية ترجمة:سليم قسطون، دارالحداثة للنشروالتوزيع، ط1، 1983.

7- فتحي أبو عيانة: دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.

8- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: علم إجتماع المرأة، المكتب الجامعي الحديث، دط، 1997.

9- ناصر دادي عدوان: إقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العاصمة، ط2، د س، الجزائر..

10- محمد بن سالم السيحاني: أستاذ المرأة، شركة الشهاب، الجزائر، د.س.

11- حليم بركات: المجتمع العربي المعاصر، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1986.

12- باسمة كيال: تطور المرأة عبر التاريخ، مطبعة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت،لبنان، 1981.

13- دونيس رونج: علم السكان، ترجمة: محمد صبحي عبد الحكيم، مكتبة مصر، القاهرة، 1967.

14- مصطفى بوتفنوشت: العائلة الجزائرية: التطور والخصائص، ترجمة :دمري أحمد،ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،1984 .

15- سيد عبد الفتاح عفيفي: بحوث في علم الإجتماع المعاصر، دار الفكر العربي، مصر، د.ط، 1999.

16- حسين.ع.ح.أ.رشوان: السكان من منظور علم الإجتماع ،مكتبة العرب، الاسكندرية، د.ط، 2001.

17- علي غربي: أبجديات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية، مطبعة سيرتا كوبي، قسنطينة، الجزائر، د.ط، 2006.
18- رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الإجتماعية، دار هومة، الجزائر، ط1، 2002.
19- محمد علي محمد: علم الإجتماع والمنهج العلمي، دار المعارف الجامعية، القاهرة، مصر، 1980.
20- عبد الحميد أحمد رشوان: السكان من منظور علم الإجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، د ط، 2001.
21- عباس محمود عوض ورشاد صالح دمنهوري: علم النفس الإجتماعي نظرياته وتطبيقاته، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د.ط ، 2003.
22- كاميليا عبد الفتاح: سيكولوجيا المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت، د.ط ، 1984.
23- علي عبد الرازق جلبي: علم إجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية.الإسكندرية،1997.
24- تاج عطاء الله: المرأة العاملة بين تشريع العمل الجزائري بين المساواة والحماية القانونية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006.
25- محمد شفيق: التشريعات الأسرية والعملية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1997.
26- رابح تركي: أصول التربية والتعليم، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2، 1990.
27- عبلة محمود أبو علبة: المرأة العربية العاملة، معوقات ومتطلبات النجاح في العمل القيادي، عمان، الأردن، 2004.
28- محمد سيد فهمي: المشاركة الإجتماعية والسياسية للمرأة في العالم الثالث، الإمارات المتحدة، 2004.
29- هبة رؤوف عزت: المرأة والعمل السياسي، دار المعرفة، الجزائر، د.س.
30- عبد الرحيم عمران: سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988.
31- علياء شكري وآخرون: المرأة والمجتمع من وجهة نظر علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1998.
32- احمد زايد وفاتن أحمد علي وآخرون : مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ط1، 2002.
33- نهى القاطرجي: المرأة في منظومة الأمم المتحدة رؤية إسلامية، بيروت، لبنان، ط1، 2006.
34- حوا، هدى: **مؤشرات لأولويات الإعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الإنجابية** ، الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة للسكان في لبنان، 2001
35- سعيد حسين العزة: تمريض الصحة النفسية، دار النشر والتوزيع، الجامعة الأردنية، ط1، 2004.
36- علياء شكري: المرأة بين الريف والحضر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
37- محمد محي الدين: علم السكان، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، ط1، د.س.
38- خلف منى الشمالي: تقييم وضع المرأة اللبنانية في ضوء منهاج عمل بيجين، اليونيفيم، د.ب، ط1،2002.
39- عبد العزيز وطبان: الإقتصاد الجزائري (ماضيه وحاضره من1930- 1985)، ديوان المطبوعات الجامعية، ط1، 1992.
40- علي كواوسي: السياسة السكانية في الجزائر وتطورها (1962-1994) الإتحاد الوطني لتنظيم الأسرة، لندن، 1994.
41- محمد علاء الدين عبد القادر: البطالة، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2002-2003.
42- أحمد الخشاب: سكان المجتمع العربي، مكتبة القاهرة الحديثة، 1964.
43- الخولي البهي: المرأة بين البيت والمجتمع، القاهرة، 1983.
44- المودودي أبو الأعلى: حركة تحديد النسل، وحدة زبانة، الجزائر، 1988.
45- فؤاد بسيوني متولي: المشكلة السكانية، كلية التربية طنطا، مركز الإسكندرية للكتاب، 1998.
46- فرح موسى الريفي، وعلي مصطفى الشيخ: مبادئ البحث التربوي، مكتبة الأقصى، الدار العربية للطباعة والنشر، بيروت، د ط.

47- أميمة أبو بكر وشرين شكري: المرأة والجندر، إلغاء التمييز الثقافي والاجتماعي بين الجنسين، دار الفكر، لبنان، ط1، 2002.

ثالثا: رسائل الماجستير والدكتوراه

1- بوشناقة أحمد: تخطيط القوى العاملة في الجزائر، رسالة ماجستير، الجزائر، 1992.

2- جمال معتوق: وجوه من العنف ضد النساء خارج بيوتهن، رسالة ماجستير، الجزائر، 1993.

3- جميلة بدريسي: تكنولوجيا المعلومات وأثرها على الشغل، رسالة ماجستير، معهد العلوم الإقتصادية، الجزائر، 1994.

4- دريد فطيمة: النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الإقتصادية والإجتماعية، دكتوراه دولة في علم الإجتماع، 2006-2007.

5- راضية لبرش: نظام الزواج في الريف الجزائري بين الثابت والمتغير، رسالة ماجستير في علم الإجتماع العائلي، جامعة باتنة، 2001 -2002

6- زعرة هدى: المرأة العاملة وصراع الأدوار داخل الأسرة، رسالة ماجستير، جامعة قسنطينة، 2003-2004.

7- شهرزاد طويل: المميزات السوسيوديمغرافية للزواج في بلدية عين الترك، رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2005.

8- عائشة بورغدة: العاملة الجزائرية وتنظيم النسل، رسالة ماجستير ،جامعة الجزائر، 1986.

9- عادل بعزة: أسباب تأخرسن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2007-2008.

10- كمال بلخيري: عوامل وآثار تأخر زواج الجامعيين، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2001.

11- مانع عمار: العوامل الإجتماعية والمرأة العاملة في الجزائر: رسالة ماجستير في علم إجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، 2000-2001.

12- محمود قرزيز: عمل المرأة والأسرة في المجتمع الجزائري، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، 2001-2002.

13- نورة دريدي: خريجي الجامعة بين التكوين والتشغيل، رسالة ماجستير في علم إجتماع التنمية، جامعة قسنطينة، 1998-1999.

رابعا: المجلات والجرائد والمحاضرات والدوريات:

1- مجلة الجزائر جانفي 1988.

2- جديد الخبر اليومية، العدد 610، 02 نوفمبر 1992.

3- جريدة المساء، العدد 1344: 20/19 جانفي 1990.

4- جريدة الخبر اليومية، العدد 23، 5064 جوان 2007.

5- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 42، السنة الثالثة والثلاثون المؤرخ في 7 يوليو 1996.

6- جريدة الوحدة، العدد 42، 15 مارس 1989.

7- رسالة الأسرة، صادرة عن الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلف بالأسرة وقضايا المرأة العدد 01 مارس 2004.

8- عاشور فني : ترقية المرأة في الجزائر، رسالة الأسرة، 2004.

9- محاضرة عبد العزيز بوتفليقة: عيد المرأة التلفزة الوطنية، الجزائر العاصمة، القناة الأولى،2008.

10- مجلة الأسرة: العدد 01، مارس، 2004.

11- محمود قمبر: مستقبل التربية العربية، مجلة دورية علمية محكمة تعالج قضايا التجديد والإبداع في التنمية البشرية، المركز العربي للتعليم والتنمية، المجلة 8، العدد 27، أكتوبر 2002.

12- أسرار ومفاجآت أخطر مؤتمر عن السكان: مجلة المجتمع الكويتية، العدد 1117، 20 سبتمبر 1994، م.س.

13- حوار مع منجية العبيدي: مجلة المجتمع الكويتية العدد 1578، 2003.

14- الديوان الوطني للإحصائيات: مجلة الأسرة.

15- الإتحاد الوطني للنساء الجزائريات: وثائق رسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة قصر الأمم، 10 جانفي 1988.

16- الديوان الوطني للإحصاء الجزائر، الأرقام، نشرة 1991.

17- وزارة الصحة والسكان: 1999.

18- وزارة الشؤون الدينية: تنظيم الأسرة في الإسلام، مجموع فتاوى لبعض علماء الإسلام، نشر وزارة العمل والشؤون الإجتماعية، 1989.

19- حزب جبهة التحرير الوطني: التخطيط والتنمية: تقييم مخططات التنمية بالجزائر، ج1، 19 ديسمبر 1983.

20- التقرير الوطني: 1994.

21- مديرية التخطيط وتهيئة الإقليم: السكان، إحصائيات حول ولاية سطيف2009 .

22- منطقة العمل الدولية: تغير الأنماط في عالم العمل، .2006

23- دبلة عبد المعالي: محاضرة في مقياس سياسات سكانية، سنة أولى ماجستير 2007 .

24- الدستور الجزائري: 19 نوفمبر 1976.

25- هنري عزام: المستقبل العربي: عدد34، ديسمبر، 1981.

26-جبهة التحرير الوطني: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1963.

27- جبهة التحرير الوطني: دستور 1976.

28- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 1989 المعدل في إستفتاء 28 نوفمبر 1996.

29- جبهة التحرير الوطني: الميثاق الوطني ، 1964.

30- جبهة التحرير الوطني: الميثاق 1976، الجزائر.

31- القانون الأساسي للإتحاد الوطني للنساء الجزائريات، الجزائر، 1982.

32- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: قانون الأسرة، المطبوعات الجامعية، ط2،1990.

33- برنامج الرئيس الجزائري عبد العزيز بوتفليقة: 1995.

34- المادة 142 من القانون 11/90 المؤرخ في 1990/04/21 المتضمن علاقات العمل.

35- الإحصائيات الأخيرة حول إجمالي عدد العاملات بالجامعة ديسمبر 2009 مقر رئاسة جامعة فرحات عباس، سطيف.

36- النصوص التشريعية والتنظيمية الخاصة بالعمل مراجعة وفق التعديلات المدخلة إلى غاية جويلية 1998.

37- التقرير الوطني حول التنمية البشرية: رسالة الأسرة، 2002 .

38- عيسى ميقاري بشير مصطفى: فضاء الجمعة التلفزة الجزائرية القناة الأولى، 2005.

39- **المرأة العربية والتنمية في غربي آسيا**: 96- 97 م الإسكوا، دب، د ط، د س.

40- خلف منى شمالي: تقييم وضع المرأة اللبنانية في ضوء مناهج عمل بيجين، م.س.

41- **المرأة العربية**: 1995، اتجاهات وإحصاءات ومؤشرات، الأمم المتحدة، د.ط، د.س.

42- مطلق عبده: **النمو السكاني وتنظيم الأسرة**، مؤتمر السكان العالمي، مؤسسة فريديريش ناومان، بيروت لبنان، 1995.

43- وزارة الصحة والسكان: تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000.

44- المؤتمرات الدولية والخطوط الحمر وصراع القيم: م.س، "مفكرة الإسلام".

45- **التقرير البديل** (تابع ملف مؤتمر بكين المجموعة 5+): مقدم من اللجنة الإسلامية العالمية للمرأة والصحة

46- الجندي أنور: **مؤامرة تحديد النسل وأسطورة الانفجار السكاني**، دار الاعتصام، د ب، د ط، 1983.

47- الديوان الوطني للإحصاء: الديموغرافيا والإحصاءات الإجتماعية، كراس رقم01، دط،1991.

48- رزيق هدى: مقاربة شاملة لصحة المرأة، مجلس كنائس الشرق الأوسط، المرأة مرآة، حلقة إستشارية، 2000.

49- إتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، م.س.

50- مصطفى عوفي: خروج المرأة إلى ميدان العمل وأثره على التماسك الأسري، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة، 2003.

51- عدد خاص من خلية الإعلام لولاية سطيف: **إنجازات سطيف** "انجازات وتحديات في حجم طموحات"، د ط، د.س.

52- سفاري ميلود: محاضرة في مقياس منهجية البحث، سنة أولى ماجستير، تخصص ديمغرافيا حضرية، جانفي 2008.

53- هيشور نادية: المحاضرة الثالثة في مقياس منهجية البحث، سنة أولى ماجستير، تخصص ديمغرافيا حضرية، جانفي 2008.

المراجع باللغة الفرنسية:

1-Les dictionnaires Et Les livres :

1- Les actes des colloques international: Fécondité et insularité, Petrina leeboy: la baisse de la Fécondité, un bilan des diverses interprétations scientifiques, saint Denis de la Réunions Du 11-15 Mai 1992.

2- R.Freedman: Norms for family size in undeveloped Areas, in Meklin population environment and social organization.

3- Unicef: 1990.

4- James. P.Graant: la situation des enfants dans le monde, Paris; 1993.

5- La Revue du praticien: (journal d'enseignement post universitaire) (contraceptions), 21 sept 1987.

6- Malika laadjali: l'espacement des naissance dans le tiers Monde (l'expérience algerienne) O.P.U. Alger 1985.

7- Saadi nourddine: La femme et la loi en Algérie. Edition, le fenec, Paris, 1991.

8- CENEAP: chebab thamany, données statistiques, 1999.

9- Lhaoucine Aouragh: intégration du facteur démographique dans la planification du developpement en Algérie, thèse pour obtenir le doctorat en demographie et science sociales, EHESS, Paris, 1994.

10- ONS: Annuaire Statistique de l'algerie N°15 Alger, 1991.

11- Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 Ministère de la santé, office national des statistiques, ligue de l' Etats Arabes Rapports principale juillet, 2004.

12- EASF : Alger 2002

13- Premier Congés de l'union nationale des Femmes Algérienne, Bulletin interview, 19-23 novembre, Alger 1966.

14- Abdelkader Hammouch et abderahman Hamoudi: l'occouchement Aujourd'hui, Comprendre votre enfant avants et Après la naissance, édition IMP moderne, Alger, 1984.

15- Mostapha khiati: Démographie et population: OPU .Alger. 1996.

16- Alfred sauvy: l'Europe submergée (sud nord Dans 30 ans) Dunod, Paris, 1987.

17- Abdelghani Chend: discours politique, discours Religieux, et transition de la Fécondité en algerie, Chaire Quételet sous la direction de Dominique Tabutin et autre, Transition démographique et sociétés, l'harmattan, Paris, 1992.

18- Ministère de la santé : séminaire national d'évaluation du programme de maîtrise de la croissance démographique, Sidfrej, Alger, 21-23 Mai 1991.

19- Ammar Boumgar: les structures prestataires de service de planning familial: Des difficultés persistantes malgré leur multiplication, textes d'une rencontre scientifique éditeur Christophe le Franc, Paris, 23 Mai 1996.

20- De plus en plus de femme parmi les travailleurs du bit, 1997.

21- Bekoucha Soraya : La femme algérienne dans le monde du travail, thèse rennes, 1986.

22- A.A.R.D.E.S: 1968.

23- ONS: Données Statistiques, 2001.

24- Ali Kouaouci: Elément d'analyse démographique office des population universitaire. (Alger), 1997.
25- ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, ONS, Suivi de la situation des enfants et des femmes MICS 3, Algerie, 2006.
26- ONS, 1998.
27- Ali Kouaouci: Famille, Femmes et contraception, CENEAP, FNUAP, 1992, Alger.
28- Mohamed salhi et Nouredine daoudi,nuptialité et fécondité d'une sous population les enseignantes de la Wilaya d'Oran, URASC , Oran, 1992.
29- ONS :1995, N° 226.
30- ONS : 2000.
31- Lee Rainwater: poor get children, quadrangle book, Chicago, N.Y ,1960.

المواقع:

1- www.ejtemay.com/showthread.php?=2779.
2- www.yemen-nicinfo/contents/studies/details.php.PID=23052.
3- http://nassaim.net/Form/Forumdisplay.php?F=52.
5- www.syrianmeds.net/Forum/topic2563html.
6- http://www.womanwatch/daw/review/ALGERIA-arabic.pdf.
7- www.3lsoot.com/booksmall/vbook 16802.html.
8- http://www.libyasons.com/vb/showthread.php?p=1561938.
9- http://www.aFlatron.com/?p=248.
10- http://alukah.net/web/rommany/19222.
11- http://www.arab-api.org/conf.0310.
12- www.un.org/womanwatch/daw/review/Algeria-arab-pdf .
13- http://www.amanjordan.org/a-news.pdf?Art/D=11621.
14- http://www.m.aou4.com/Data/lessons/GR112/genq.p.
15- www.arab.api.org/conf-0310.
16- www.almarafh.org/news.php?Action:showEtid=4348.